

UNTERSUCHUNGEN ZUR BEFINDLICHKEIT
SCHIZOPHRENER
NACH ENTLASSUNG AUS KLINISCHER BEHANDLUNG

HANS-HERMANN CROY

1973

Aus der Neuro-Psychiatrischen Klinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Direktor: Prof.Dr.U.H.Peters

Untersuchungen zur Befindlichkeit
Schizophrener
nach Entlassung aus klinischer Behandlung

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von
Hans-Hermann Groy
aus Frankfurt/M.
M a i n z 1973

Fachbereichsdekan: Professor Dr. J. Fischer
Referent: Professor Dr.med. K. Heinrich
Korreferent: Professor Dr.med. U.H. Peters

Tag der mündlichen Prüfung: 27.6.1973

Gesamtherstellung:



DITTERS BÜRODIENST

6501 HEIDESHEIM/RHEIN · AM KAPELLEN 1

TELEFON 0 6132 / 57 11



Inhaltsverzeichnis

Seite

Einleitung

1

Methodik

2

Ergebnisse

30

Auswertung der mit Verschieden Mitteln

30

Der psychische Befund

31

Der Wandlungszeit des Kindes

31

Die Eigenwahrnehmung des Kindes

31

Die Entwicklungszeit

31

MEINEN ELTERN GEWIDMET

Zusammenfassung

31

Wiederholung

31

Beispiel

31

Zusammenfassung

31

Einleitung

31



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554420_0038

Inhaltsverzeichnis

Seite

Einleitung	1
Methodik	4
Ergebnisse	10
Anamnestischer und sozialer Hintergrund	10
Der psychische Befund	14
Der Handlungsteil des HAWIE	19
Die Eigenschaftswörterliste	22
Das Polaritätenprofil	27
Zusammenhänge zwischen den erhobenen Befunden	34
Diskussion	45
Zusammenfassung	57
Literaturverzeichnis	58

Einleitung

Es gehört zu den selbstverständlichen Zielen ärztlichen Bemühens um einen stationären Patienten, die klinische Behandlung baldmöglichst zu beenden und sie gegebenenfalls durch eine ambulante abzulösen. Dies gilt gleichermaßen für den Psychiater, den die Ära der modernen Behandlungsmethoden aus der Rolle eines ärztlichen Aufsehers, Beschreibers und Interpreten von psychiatrischen Krankheitsbildern befreit und ihm die eines aktiven Therapeuten - auch von Psychosekranken - zugewiesen hat. Dabei wird die Entlassung aus der Klinik vielfach als sichtbarster Ausdruck für den Erfolg der Therapie gewertet. Die Genugtuung darüber geht, bewußt oder unbewußt, auch in die jeweiligen Entlassungsberichte ein. Nun ist jedoch der Behandler häufig gewissen Selbsttäuschungen über das wirkliche Befinden der zu entlassenden Patienten unterworfen. Oft kann im Gedränge des Routinebetriebes, zumal unter dem Druck der anstehenden Neuaufnahmen, der Entlassungsbefund nicht mit der wünschenswerten Gründlichkeit erhoben werden. Zudem ist der behandelnde Arzt oft so beeindruckt von dem Unterschied zwischen dem von dem Patienten bei seiner Aufnahme und bei seiner Entlassung gebotenen Bilde, bzw. von dem Vergleich des zu Entlassenden mit den zum Teil noch florid psychotischen Mitpatienten, daß der Blick für den vielfach noch erheblichen Abstand zur psychischen Norm getrübt wird. Der Vergleich findet ausschließlich im Rahmen des klinischen Betriebes statt und ist nahezu immer ein Vergleich nach unten. So ist es kein Wunder, daß der Arzt, wenn er einem seiner entlassenen Patienten, zum Beispiel einem Schizophrenen, einmal ausserhalb der Klinik im alltäglichen Leben begegnet, bestürzt feststellt, wie sehr sich dieser noch immer negativ gegenüber seiner normalen Umwelt abhebt, etwa in einem Café

gehemmt, unsicher und verloren nach einem freien Stuhl sucht. Das nach dem Abklingen einer floriden schizophrenen Psychose häufig vorherrschende Zustandsbild, das bei der Entlassung in seinem Ausmaß nicht immer voll registriert wird, wurde von HEINRICH als "postremissives Erschöpfungssyndrom" bezeichnet. Es beruht auf einer Reduktion des energetischen Potentials (CONRAD) oder - in der Terminologie von JANZARIK - auf einer dynamischen Entleerung. HEINRICH führt in der Schilderung der Symptomatologie dieses Bildes Antriebsminderung, Beeinträchtigung der Kontaktfähigkeit, Müdigkeit, Verlangsamung der psychomotorischen Abläufe, dysphorische Geiztheit, innere Unruhe und Leistungsinsuffizienz an. Er macht deutlich, daß er mit seinem Terminus keine ätiologischen oder nosologischen Festlegungen verbunden sehen will und diskutiert vier mögliche Kausalfaktoren

- 1.) die neuroleptische Pharmakotherapie,
- 2.) die Reaktion der vitalen Person auf das Widerfahrnis der psychotischen Daseinsentordnung,
- 3.) die primär chronische schizophrene Hypergie,
- 4.) die rationale Einsicht in die Tatsache schizophren gewesen zu sein, in die nosographischen Gegebenheiten, vor allem auch prognostischer Art.

Gegenüber der Erfahrung, daß Schizophrene also vielfach in einem noch nicht befriedigendem Zustand entlassen werden, - sie wird belegt unter anderem durch Untersuchungen von HEINRICH und BAER an ambulant weiterbehandelten ehemals stationären Patienten unseres Hauses - konnten die beiden Autoren andererseits einen deutlichen Remissionsgewinn durch nach der Entlassung aus klinischer Behandlung konsequent durchgeführte Therapie mit Depot-Neuroleptika registrieren. Während von 104 depot-neuroleptisch behandelten Patienten, darunter 93

mit einer Schizophrenie, bei der Entlassung aus der letzten stationären Behandlung nur 15 völlig symptomfrei waren, konnte durch die ambulante Betreuung diese Zahl auf 40 erhöht werden, und entsprechend änderte sich das Zahlenverhältnis der Teilremittierten. Auch SCHMITT bringt einen optimistischen Aspekt in die Betrachtung, indem er aufgrund seiner Beobachtungen zu dem Schluß kommt, daß es in der Mehrzahl der Fälle zu Hause unter Fortführung der neuroleptischen Therapie zu einer weiteren Besserung, ja häufig zu einer vollen Remission kommt, so daß das Zustandsbild bei der Entlassung noch nicht als maßgeblich für den Behandlungserfolg angesehen werden dürfe. SCHMITT führt aus, daß 60% seiner Stichproben in den ersten 4 Wochen nach der Entlassung die Berufstätigkeit wieder aufgenommen hatten und daß in den folgenden 6 Monaten weitere 25% aktiv im Berufsleben standen. Angesichts dieser bisherigen Erfahrungen interessiert es uns zu wissen, wie sich das Zustandsbild von Schizophrenen zum Zeitpunkt der Entlassung und dann noch einmal 8 Wochen später bei einer eingehenderen Untersuchung auch mit quantifizierbaren psychoexperimentellen Verfahren sowohl im intellektuellen als auch im affektiven Bereich darstellt.

Methodik

30 Patienten jeglichen Lebensalters und beiderlei Geschlechts mit einer endogenen Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis wurden im Zeitraum 1970/71 bei der Entlassung untersucht und zu einer zweiten Untersuchung nach 8 Wochen wieder einbestellt. Abgesehen von der allgemeinen Diagnose der Schizophrenie wurde keinerlei Auswahl getroffen. Folgende Untersuchungen bzw. Tests kamen zur Anwendung:

Erhebung der Anamnese und des psychischen Befundes nach dem AMP-System,

der Handlungsteil des Hamburg-Wechsler-Intelligenztests, die Eigenschaftswörterliste (ak-2s-114 i-15k) nach JANKE und DEBUS,

das Polaritätenprofil (OSGOOD, HOFSTÄTTER).

Das Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP) wurde von 11 psychiatrischen Universitätskliniken in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich erarbeitet, wobei Anamnese, psychopathologischer und somatischer Befund - auf den wir bei unserer Untersuchung verzichteten - auf insgesamt 4 Markierungsleser belegen dokumentiert werden. Auf dem psychopathologischen Erhebungsbogen sind geordnet in mehreren Gruppen zusammengehöriger Störungen der verschiedenen psychischen Bereiche 123 Merkmale aufgeführt, wobei die Markierung auf einer mehrstufigen Intensitätsskala erfolgt. Der psychopathologische Befund wurde jeweils vom gleichen Untersucher und vor Durchführung der übrigen Tests erhoben. Für jedes Merkmal wurde aus der Zahl der Patienten, bei denen es gefunden wurde, und aus der jeweiligen Ausprägung ein sogenannter Totalscore gebil-

det. Für jeden Patienten wurden weiterhin Sammelscores durch Addition der gewichteten Einzelmerkmale aus jeder Merkmalsgruppe gebildet, die unter Verzicht auf eine detaillierte Information einen raschen Überblick gewähren, auf welchem Gebiet der Schwerpunkt der seelischen Störungen liegt. Schließlich wurden noch für jeden Patienten in analoger Weise Sammelscores aus denjenigen Merkmalen gebildet, welche einen Rückschluß auf die subjektive Befindlichkeit der Untersuchten gestatten:

gehoben/euphorisch, extatisch-verzückt, gesteigertes Selbstwertgefühl, antriebsgesteigert erhielten Pluszeichen; ratlos, gefühlsverarmt/affektarm, Gefühl der Gefühllosigkeit, Störung der Vitalgefühle, deprimiert/traurig, hoffnungslos/verzweifelt, ängstlich, mürrisch-gereizt/dysphorisch, mißtrauisch/feindselig, klagsam/jammerig, Insuffizienzgefühl, Schuldgefühl, Verarmungsgefühl, antriebsarm, antriebsgehemmt, stuporös, negativistisch erhielten Minuszeichen.

Die so gewonnene Zahl - in den folgenden Ausführungen wird sie als "AMP-Befindlichkeit" bezeichnet - wird gewissermaßen als Beurteilung der subjektiven Gestimmtheit des Untersuchten durch den Untersucher dem noch zu besprechenden "Befindlichkeitsindex" zur Seite gestellt, einer Zahl, welche sich aus einer Selbstbeurteilung des Untersuchten mittels der Eigenschaftswörterliste ergibt.

Der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest(HAWIE) ist allgemein so bekannt, daß wir uns hier auf eine knappe Beschreibung beschränken können. Der Test besteht aus einem sprachgebundenen Verbalteil und einem sprachfreien Handlungsteil sowie einem Wortschatztest, dessen Anwendung fakultativ ist. Verbal- und Handlungsteil bestehen aus je 5 Untertests. Die des Handlungs-

teils seien kurz aufgeführt:

Zahlensymboltest (ZS) prüft die Umstellungsfähigkeit;
Bilder-Ordnen (BO) prüft die synthetisch-kombinatorische
Intelligenz;

Bilder-Ergänzen (BE) prüft die Fähigkeit, Wesentliches von
Unwesentlichem zu unterscheiden;

Mosaiktest (MT) prüft die analytische Intelligenz;

Figuren-Legen (FL) prüft die Kombinationsfähigkeit.

Die von uns benutzte Eigenschaftswörterliste (EWL) von JANKE und DEBUS enthält 114 Eigenschaftswörter, die dem Probanden in unsystematischer Reihenfolge auf der linken Seite mehrerer Bögen untereinander geschrieben dargeboten werden. In zwei dafür vorgesehenen Spalten auf der rechten Seite der Bögen hat er die Möglichkeit, durch Ankreuzen bei jedem Wort zu entscheiden, ob es auf ihn zutrifft oder nicht. Eine schriftliche Anleitung, die ihm vorgelegt und vorgelesen wird, weist ihn darauf hin, daß es sich nicht darum handelt festzustellen, ob die Wörter gelegentlich oder allgemein für ihn zutreffen, sondern, ob sie gerade im Augenblick der Untersuchung für seinen seelischen Zustand kennzeichnend sind. Er wird aufgefordert, die Entscheidung ohne lange Überlegung sofort zu treffen, auch dann, wenn ihm die Wahl einmal schwerfallen sollte. Die Faktorenanalyse, die inzwischen von den Autoren durchgeführt wurde und 15 Unterskalen ergab, lag uns zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht vor, so daß für die Auswertung ein anderer Weg beschritten wurde. Um zu einem Maß für die subjektive Befindlichkeit zu kommen, gaben wir jedem Wort, das uns mit einer positiven Gefühlstönung verbunden schien, einen Pluspunkt, und jedem negativ getönten einen Minuspunkt. Wir berücksichtigten nur die bejahten Adjektive und zogen die

Summe der Minuspunkte von der der Pluspunkte ab. Einige wenige Eigenschaftswörter, die uns in dieser Hinsicht neutral erschienen, gingen in die Rechnung nicht ein. Die so erhaltene Zahl nannten wir "Index für die subjektive Befindlichkeit" oder kurz "Befindlichkeitsindex".

Im Einklang mit dem allgemeinen Sprachverständnis und in Übereinstimmung mit mehreren Beurteilern, denen wir die Liste vorlegten, erachteten wir folgende Eigenschaftswörter als eher positiv getönt: arbeitsfähig, freudig, tüchtig, gesellig, ausgezeichnet, sanftmütig, offen, gefaßt, unbefangen, energisch, zuverlässig, eifrig, tatkräftig, beherrscht, gründlich, menschenfreundlich, ausdauernd, vernünftig, gesprächig, arbeitsam, rücksichtsvoll, gütig, bereitwillig, beschwingt, zutraulich, verläßlich, kameradschaftlich, teilnahmsvoll, aufmerksam, betriebsam, verständnisvoll, gewissenhaft, unermüdlich, beständig, selbstzufrieden, heiter, glücklich, kontaktfreudig, unbekümmert, geschäftig, unverzagt, gutgelaunt, sorgenfrei, aktiv, frohgemut, angenehm, selbstsicher, befriedigt, lustig, anhänglich, froh, unbesorgt, arbeitslustig, unbeschwert, friedfertig; als eher negativ getönt: nachlässig, temperamentlos, ratlos, mutlos, trübsinnig, erregbar, faul, angsterfüllt, verstört, trüb, träge, düster, ungesellig, schreckhaft, wehmütig, gedrückt, wortkarg, aufgeregt, verletzbar, lasch, elend, wütend, bedauernswert, gereizt, ängstlich, verschlossen, unglücklich, einschläfernd, verwundbar, zappelig, einsiedlerisch, lahm, deprimiert, abgearbeitet, empfindlich, betrübt, müde, verärgert, ärgerlich, denkfaul, furchtsam, ungehalten, sorgenvoll, kribbelig, schwerfällig, zerfahren, hilflos, traurig, schutzbedürftig, abgespannt, abgesondert, als eher neutral: schläfrig, verträumt, gedankenverloren,

träumerisch, besinnlich, gedankenvoll, tiefsinnig, erregt.

Für die Untersuchung mit dem Polaritätenprofil erhält jede Versuchsperson einen Bogen mit 23 untereinander geschriebenen Gegensatzpaaren. Zwischen den Gegensätzen - den Polaritäten - befindet sich eine siebenstufige Skala, welche die Zuordnung eines Reizwortes - bei unserer Untersuchung zuerst "Angst", dann "Einsamkeit" - zu den Polaritäten in differenzierter Weise durch Ankreuzen ermöglicht.

Beispiel: leise 1 2 3 4 5 6 7 laut

Während 1 und 7 maximale Zuordnungen darstellen, kommt dem Feld 4 in der Mitte der Skala die Doppelbedeutung eines weder/noch und eines sowohl/als auch zu. (Es soll also zum Beispiel vom Untersuchten angegeben werden, ob er Angst als etwas Lautes oder Leises empfindet, in welchem Maße dies der Fall ist, oder ob seines Erachtens beides gleichermaßen bzw. überhaupt nicht zutrifft.)

Folgende statistische Methoden wurden benutzt:

t-Test für verbundene Stichproben (KOLLER) zum Vergleich der 1. und 2. Untersuchung bei quantitativen Merkmalen (z.B. einzelne Polaritäten, Intensitätsskalenwerte, Befindlichkeitsindex usw.),

χ^2 -Test (KOLLER) für Häufigkeitsvergleich zwischen erster und zweiter Untersuchung bei Merkmalen mit qualitativer Mehrfachausprägung und bei Alternativdaten,

Produkt-Moment-Korrelation nach PEARSON-BRAVAIS zur Prüfung des Zusammenhanges zwischen allen quantitativ verteilten Merkmalen,

punktbiseriale Korrelation zur Prüfung des Zusammenhanges zwischen einem quantitativen und einem Alternativmerkmal.

Der Zusammenhang zwischen Merkmalen oder deren Veränderung von erster zu zweiter Untersuchung wurde nach der χ^2 -Technik, d.h. durch Korrelation der Merkmale über die Person geprüft; die Ähnlichkeit zwischen dem Polaritätenprofil eines Begriffes, das in der ersten Untersuchung gewonnen wurde, mit dem der zweiten Untersuchung wurde nach der sogenannten q -Technik geprüft, wobei die Korrelation zwischen den Begriffen über die Polaritäten berechnet wurde. (Vergl. STEPHENSON)

Als Signifikanzgrenze wurde bei allen Testverfahren der bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $P = 0,01$ (statistisch signifikantes Ergebnis) angegebene Prüfwert verwendet.

Ergebnisse

Anamnestischer und sozialer Hintergrund

Es handelt sich um ein Kollektiv von 10 männlichen und 20 weiblichen Patienten im Alter von 15 bis 60 Jahren. Bei einer Standardabweichung von $\pm 11,2$ Jahren beträgt das Durchschnittsalter 30,6 Jahre. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß bei den Frauen das Alter zwischen 15 und 60 Jahren schwankte, während bei den Männern die zwischen 22 und 42 Jahren liegende Altersspanne wesentlich geringer war. Dadurch lassen sich möglicherweise der Alters- und der Geschlechtseinfluß nicht immer eindeutig voneinander trennen. - Alle übrigen Daten sind als Histogramm (Abb. 1) wiedergegeben und stellen eine Auswahl dar, die uns für die Schilderung des Patientenkollektivs geeignet erschien.

Alter

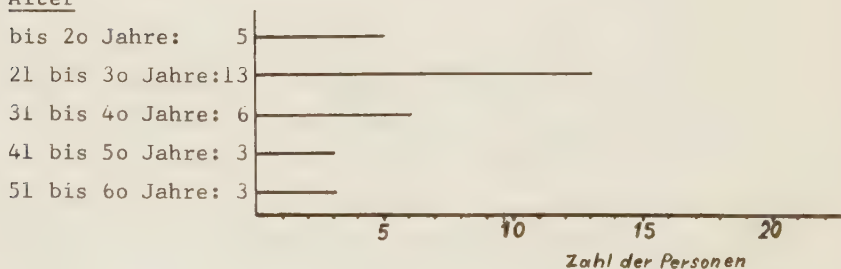


Abb. 1 Graphische Darstellung des anamnestischen und sozialen Hintergrundes. Ordinate: Merkmale. Hinter jeder Ausprägung eines Merkmals ist seine absolute Häufigkeit in unserer Stichprobe angegeben.

Zivilstand

ledig: 18
verheiratet: 8
getrennt lebend: 1
geschieden: 2
verwitwet: 1

Konfession

evangelisch: 12
katholisch: 18

Religiöse Bindung

keine: 3
starke: 7
konventionelle: 20

Entwicklung

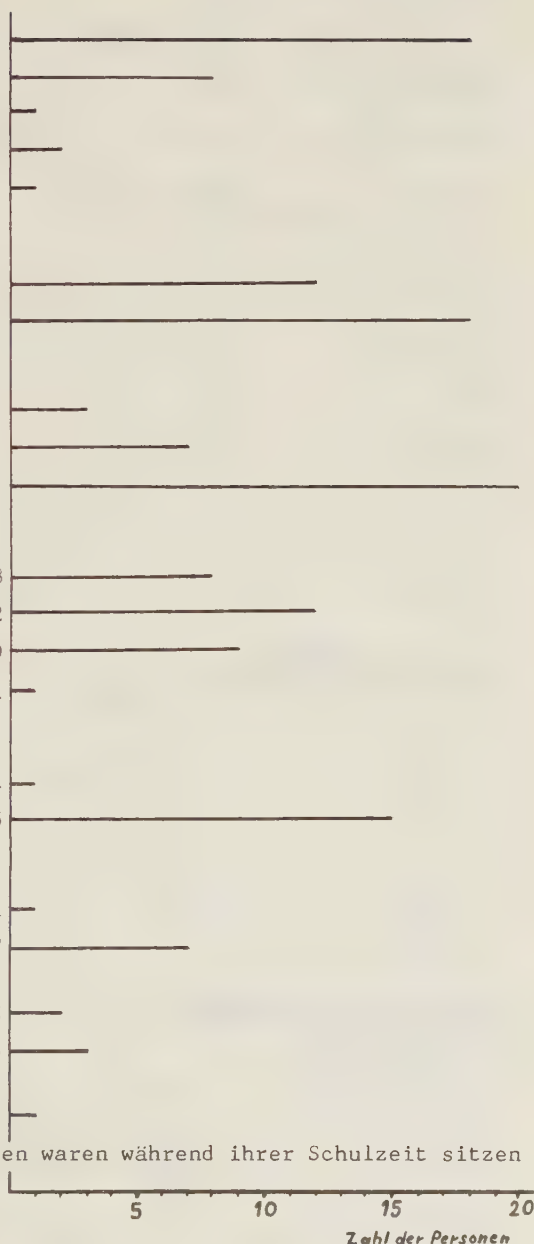
Großstadt: 8
Kleinstadt: 12
Land: 9
wechselnde Umgebung: 1

Schulbildung:

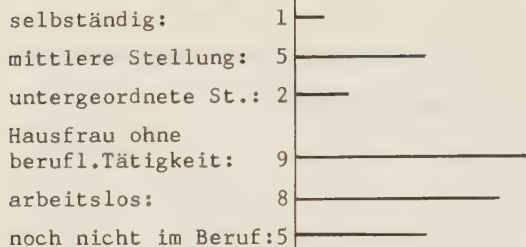
Hilfsschule: 1
Volksschulabschluß: 15
Mittel-oder Höhere
Schule ohne Mittlere
Reife: 1
Mittlere Reife: 7
Höhere Schule
ohne Abitur: 2
Abitur: 3
Hochschule ohne
Abschluß: 1

(Ergänzung: 6 Patienten waren während ihrer Schulzeit sitzen geblieben.)

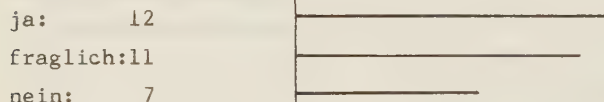
Abb.1. Fortsetzung



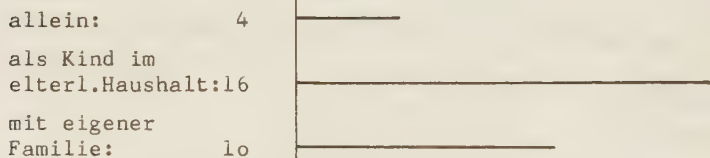
Berufliche Stellung



Soziale Einordnung

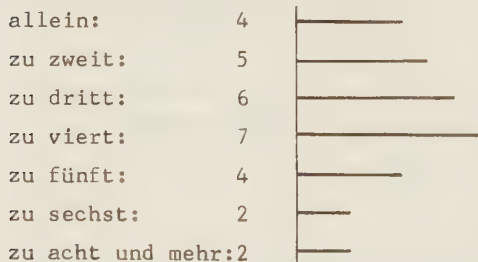


Haushalt



Größe des Haushalts

(Personenzahl einschl.Patient)



Hauptsächl.Finanzierung des Haushalts

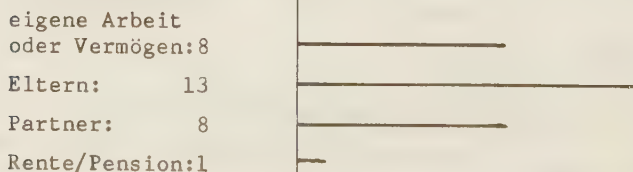


Abb.1.Fortsetzung

5 10 15 20
Zahl der Personen

Qualität der Wohnung

gut: 15

genügend: 7

ungenügend: 8

Alter bei wahrscheinl.
Erstmanifestation

bis 20 Jahre: 9

20 bis 30 Jahre: 14

über 30 Jahre: 7

Belastungen in den
letzten 3 Monaten
vor Beginn der
jetzigen Erkrankung

keine: 7

somatisch 3

psychisch: 18

unbekannt: 2

Diagnose der
jetzigen Erkrankung

Schizophrenia simplex: 2

Hebephrenie: 4

paran.-halluz.Schiz: 12

Katatonie: 2

Paranoia: 3

Defektschizophrenie: 1

paran.-halluz.Schiz.
bei Gestationsvorgängen: 2

nicht genau
klassifizierbar: 4

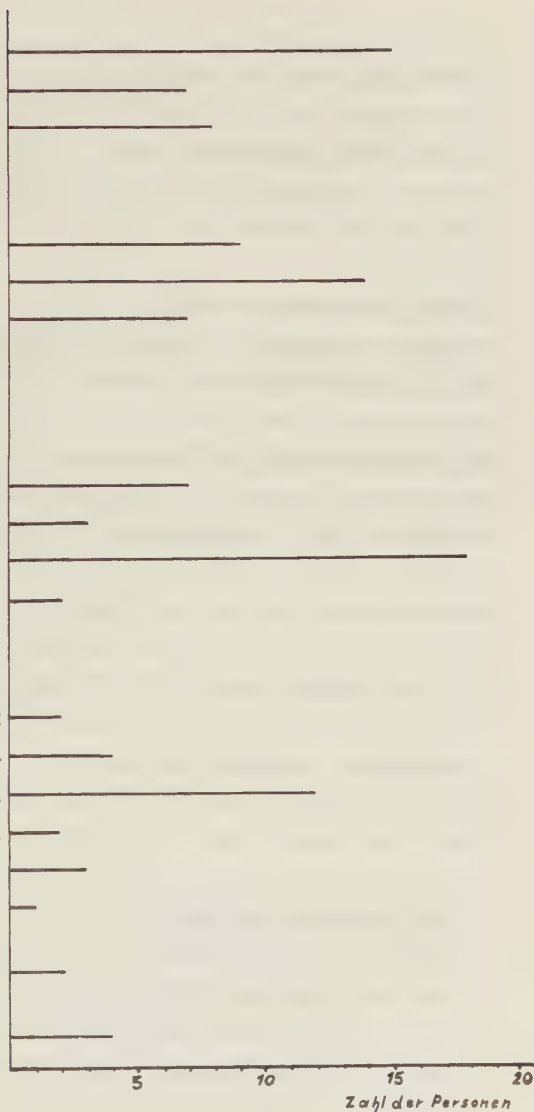


Abb.1. Fortsetzung und Schluß

Der psychische Befund

Nachfolgend sind die Ergebnisse der ersten und zweiten Untersuchung gemeinsam in einem Histogramm dargestellt. (Abb. 2.) Innerhalb der einzelnen Gruppen sind die Merkmale nach fallender Größe der nach der Intensität der Merkmale gewichteten Summenwerte bei der ersten Untersuchung geordnet. Die treppenartig abfallenden Kurven ergeben sich aus der Verbindung der Endpunkte zu denkender Strecken, welche den Totalscores der ersten Befunderhebung entsprechen. Die eingezeichneten Strecken stehen für die Totalscores der zweiten Befunderhebung. Das Histogramm zeigt deutlich den Schwerpunkt der Störungen auf dem Gebiet der Emotionalität, der Psychomotorik, des Gedächtnisses und des formalen Denkens. Demgegenüber sind die gewichtigen für die Floridität des Prozesses sprechenden Störungen auf dem Gebiet des Wahns, der Sinnestäuschungen und der Ich- und Persönlichkeitsstörungen im Kollektiv gering ausgeprägt. So waren es bei der Entlassung 8 Patienten, die noch gewisse Symptome einer floriden Schizophrenie erkennen bzw. vermuten ließen, meist im Sinne einer fraglich vorhandenen oder gering ausgeprägten Wahnsymptomatik, in einem einzigen Fall mit sicheren akustischen Halluzinationen. Ihre Zahl hatte sich bei der Nachuntersuchung auf 2 verringert. Eine dieser beiden Personen, eine 36 jährige Frau, hatte nach der Entlassung offensichtlich eine Exazerbation ihrer Psychose durchgemacht und bot bei der Nachuntersuchung ausser fraglich vorhandenen akustischen Halluzinationen und einem auf einen möglichen Größenwahn hindeutenden Verhalten ein ausgeprägt maniformes Bild. Dazu kam noch eine weitere Patientin, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung gelegentliches Hören von Stimmen angab, was bei der Entlassung nicht der Fall gewesen war.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß in dem Histogramm nur solche Merkmale aufgeführt sind, welche mindestens bei einer Person einmal beobachtet wurden. Dadurch gerieten 55 der in dem psychopathologischen Erhebungsbogen enthaltenen Merkmale, unter anderem die gesamte Gruppe der Bewußtseins- und die der Orientierungsstörungen in Wegfall.

Bei einem Vergleich mittels der χ^2 -Methode zwischen den für jeden Patienten bei 1. und 2. Untersuchung gebildeten Sammel-scores ergaben sich für das Kollektiv in keiner Gruppe signifikante Unterschiede. Grob gesehen, blieb also die psychopathologische Gesamtbefindlichkeit des Kollektivs zumindest in quantitativer Hinsicht zwischen den beiden Untersuchungen erhalten, wenngleich es hier für einzelne Patienten und einzelne Merkmale erhebliche Veränderungen geben konnte.

Aufmerksamkeits- und
Gedächtnisstörungen

Konzentrationsstörungen
Auffassungsstörungen
Gedächtnisstörungen
Merkfähigkeitsstörungen

Formale Denkstörungen

verlangsamt
gehemmt
eingeeengt
umständlich
Gedankenabreißen
beschleunigt/ideenflüchtig
perseverierend
Vorbeireden
gesperrt
inkohärent/zerfahren

Überwertige Ideen,
Zwänge, Phobien

Zwangsdanken
Hypochondrie(n.wahnhaft)
überwertige Ideen
Phobien

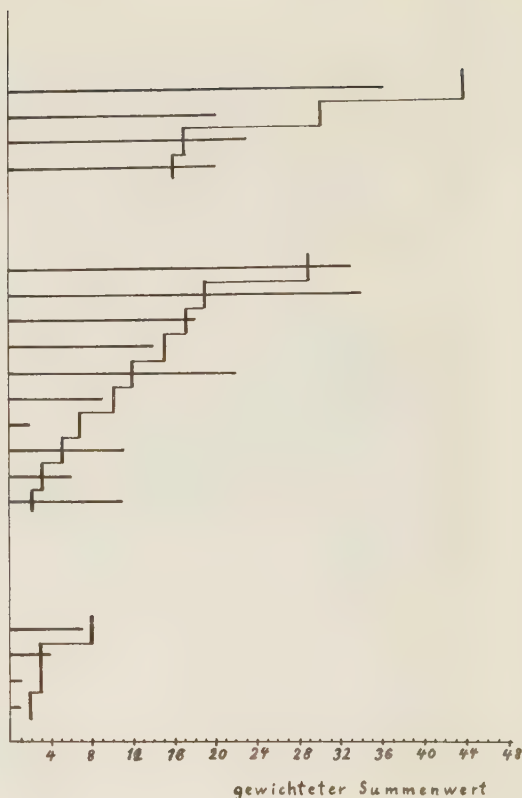


Abb. 2. Graphische Darstellung des vom Gesamtkollektiv erhobenen psychischen Befundes nach dem AMP System bei 1. und 2. Untersuchung. Ordinate: Merkmale. Abszisse: gewichteter Summenwert. Fraglichem, schwachem, mittlerem und starkem Vorkommen eines Merkmals bei einer Person entsprechen jeweils 1, 2, 3, und 4 Teilstriche auf der Abszisse; eine Strecke von dieser Länge :  (4 Teilstriche) ist demnach mehrdeutig und kann für starke Ausprägung eines Merkmals bei einer Person oder fragliches Vorhandensein bei vier Personen stehen. Treppenartig abfallende Kurve: 1. Befunderhebung. Eingezeichnete Strecken: 2. Befunderhebung. (Siehe hierzu Näheres im Text!)

Wahn

Beeinträcht./Verfolg.W.
 Beziehungswahn
 anderer Wahn
 Wahnstimmung
 Größenwahn

Sinnestäuschungen

Stimmenhören
 andere akust. Halluz.

Ich- und Persönlichk.- störungen

Gedankeneingebung
 sonst.Fremdbeeinfl.erleb.
 Autismus

Psychomotor.Störungen

antriebsarm
 logorrhöisch
 antriebsgesteigert
 maniert
 motorisch unruhig
 mutistisch
 antriebsgehemmt
 negativistisch

Störungen des Trieb- u. Sozialverhaltens

Sexualität vermindert
 Krankheitsgefühl
 Sexualität gesteigert
 Kontakt vermindert
 Kontakt vermehrt
 Aggressionstendenzen
 Suizidtendenzen

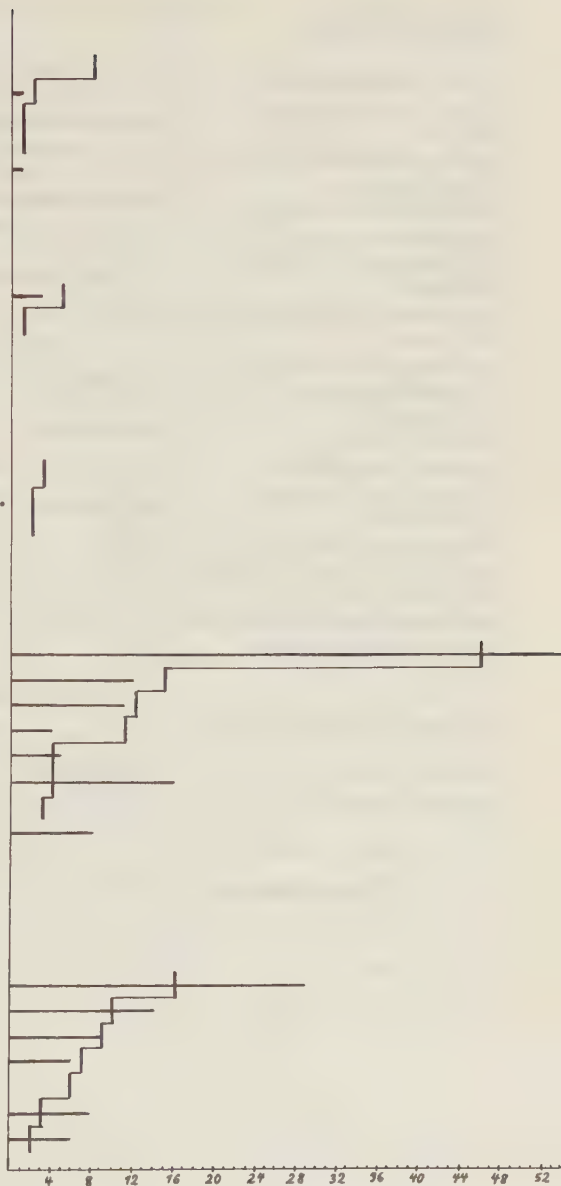


Abb. 2. Fortsetzung

gewichteter Summenwert

Verstimmungen,
Gefühlsstörungen

Insuffizienzgefühl
innerlich unruhig
ratlos
gefühlsverarmt/affektarm
affektstarr
deprimiert/traurig
ängstlich
mißtrauisch/feindselig
gespannt
mürrisch gereizt/dysphor.
läppisch
gesteig.Selbstwertgef.
klagsam/jammerig
affektlabil
Schuldgefühl
gehoben/euphorisch
ekstatisch verzückt
ambivalent
Verarmungsgefühl
Gefühl d. Gefühllosigk.
affektiv inadäquat
hoffnungslos/verzweifelt
affektinkontinent

Verlaufsbesonderheiten

abends besser
morgens besser

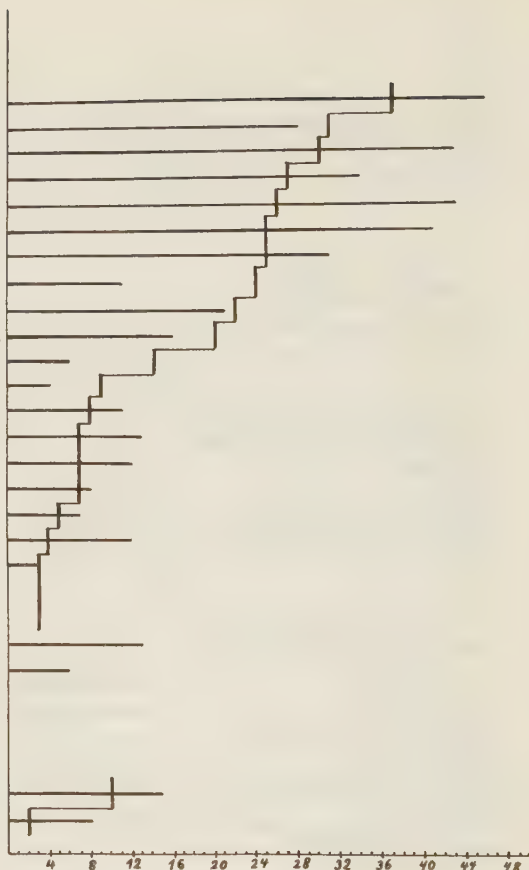


Abb. 2. Fortsetzung und Schluß

gewichteter Summenwert

Der Handlungsteil des HAWIE

Die Resultate dieses Tests finden sich in Abb. 3 und Tab. 1 aufgezeichnet. Als wichtigstes Ergebnis ist festzuhalten, daß der mit durchschnittlich 89,2 knapp unterhalb der unteren Normgrenze liegende Handlungs-IQ sich innerhalb der folgenden 8 Wochen statistisch auffällig um 3,4 Punkte verbesserte ($t=2,1$; $Fg=28$; $P<5\%$) und somit in den unteren Bereich der Norm aufrückte. Im einzelnen liegen jedoch die Verhältnisse wie folgt:

20 Patienten gebessert, 2 gleichgeblieben, 8 verschlechtert; maximale Besserung: 20 Punkte, maximale Verschlechterung: 11 Punkte. Bei 7 der Personen mit gebessertem Handlungs-IQ lag der Zuwachs an Punkten im Bereich des Lerneffekts, der bei Normalen erfahrungsgemäß mit 5 Punkten veranschlagt wird, bei 13 Personen lag er höher. Bei beiden Untersuchungen wurden die besten Durchschnittsleistungen im Zahlensymboltest (Umstellungsfähigkeit), die schlechtesten im Bilderergänzen (Unterscheidung zwischen Wesentlichem und Unwesentlichem) erzielt. Weiterhin ist hervorzuheben, daß die mittlere größte Wertpunktdifferenz zwischen den Subtests bei beiden Untersuchungen mit 5,1 bzw. 5,7 die Norm von 2 - 3 überschreitet, daß also im Durchschnitt eine große Intertestvariabilität vorliegt. Während Wechsler das Überwiegen der Leistungen im Mosaiktest gegenüber denen im Figurenlegen als charakteristischen Befund bei Schizophrenen anführt, waren im Gegensatz dazu die durchschnittlichen Leistungen unseres Kollektivs bei beiden Untersuchungen im FL besser als im MT.

Gemessenes Merkmal	Mittelwert		Standardabw. ($\pm$)		Minimalwert		Maximalwert		t	p
	1	2	1	2	1	2	1	2		
Handlungs-IQ	89,2	92,6	14,3	13,2	68,0	60,0	120,0	117,0	2,1	<5%
Wertpunkte in den Subtests										
Zahlensymboltest	8,5	9,2	3,1	3,0	3,0	2,0	14,0	14,0	1,8	n.s.
Bilderordnen	7,8	7,8	2,7	3,1	4,0	3,0	14,0	14,0	0,0	n.s.
Bilderergänzen	7,4	7,8	3,3	3,2	0,0	0,0	14,0	14,0	1,1	n.s.
Mosaiktest	7,8	8,5	2,6	2,7	2,0	4,0	13,0	14,0	1,8	n.s.
Figurenlegen	8,0	8,7	3,5	3,4	3,0	0,0	15,0	14,0	1,0	n.s.
Größte Wertpunktdiff. zwischen Subtests	5,1	5,7	1,9	1,8	2,0	3,0	10,0	10,0	2,2	<5%
Im MT besser als im FL um ... Punkte	-0,4	-0,1	3,5	3,6	-8,0	-6,0	6,0	6,0	0,3	n.s.

Tab. 1. Handlungsteil des HAWIE und t-Test für verbundene Stichproben. Die Zahlen über den Spalten bezeichnen 1. und 2. Befunderhebung. n.s. = nicht signifikant.

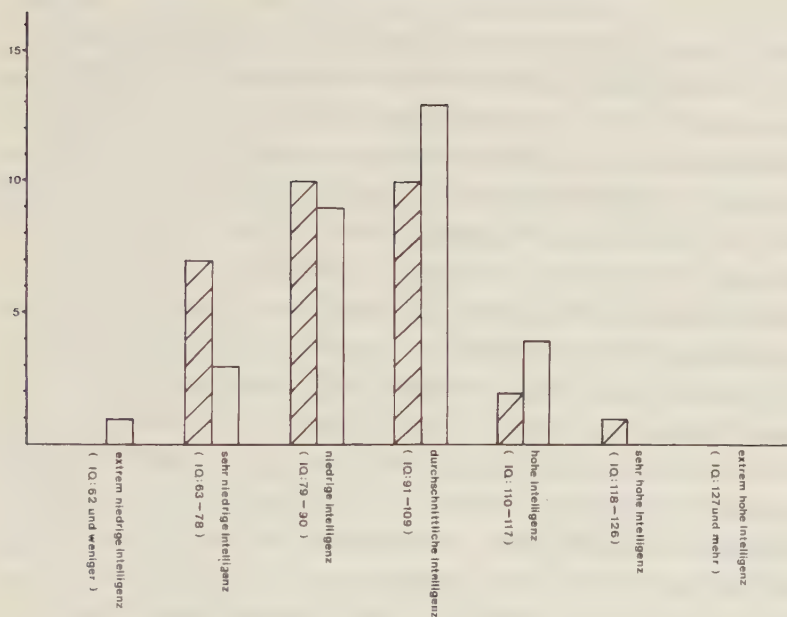


Abb. 3. Verteilung des Kollektivs auf die verschiedenen Intelligenzbereiche bei der Entlassung und bei der Nachkontrolle. Ordinate: Zahl der Untersuchten, deren Handlungs-IQ im jeweiligen Intelligenzbereich liegt.
Schraffiert: 1. Untersuchung. Nicht schraffiert: 2. Untersuchung.

Die Eigenschaftswörterliste

Wie sich die Ja-Stimmen auf die 114 Eigenschaftswörter verteilen, ist für beide Untersuchungen histographisch in Abb. 4 veranschaulicht. Die treppenartig abfallende Kurve entspricht den Ergebnissen der 1. Untersuchung und ergibt sich durch die Verbindung der Endpunkte zu denkender Strecken, welche für die Anzahl derjenigen Personen stehen, die das jeweilige Eigenschaftswort als auf sich zutreffend erachteten; die Adjektive sind nach fallender Häufigkeit der Ja-Stimmen angeordnet. Die eingezeichneten Strecken geben die Anzahl der Ja-Stimmen bei der 2. Untersuchung wieder. Weitere Ergebnisse sind in Tab. 3 aufgezeichnet, wobei auf die signifikante Verschlechterung des mittleren Befindlichkeitsindex und auf die signifikante Abnahme der durchschnittlichen Anzahl der bejahten positiven Eigenschaftswörter besonders hinzuweisen ist. Bei einem Vergleich mittels des χ^2 -Tests ergeben sich signifikante Häufigkeitsunterschiede für folgende in Tab. 2 aufgeführte Eigenschaftswörter:

Zahl der Ja-Stimmen

	1	2	χ^2	p
ausdauernd	23	13	6,9	< 1%
arbeitslustig	25	18	4,0	< 5%
glücklich	25	15	7,5	< 1%
tüchtig	23	15	4,6	< 5%
eifrig	26	16	7,9	< 1%

Tab.2. Eigenschaftswörter, bei denen sich die Zahlen der Ja-Stimmen bei der 2. Untersuchung signifikant von denen bei der 1. Untersuchung unterscheiden.

Sämtliche anderen Adjektive weisen zwar keine im signifikanteren Bereich liegenden Häufigkeitsunterschiede auf, verhalten sich jedoch entsprechend. Bei 114 Eigenschaftswörtern wären 5 signifikante Ergebnisse auf dem 5% Niveau allerdings auch per Zufall zu erwarten. Da sie jedoch alle in die selbe Richtung weisen im Sinne einer Abnahme der positiven Eigenschaftswörter und Zunahme der negativen und nicht - wie erwartet - eines, sondern drei auf dem 1% Niveau liegen, ist das Ergebnis dennoch als aussagekräftig zu werten. Die durch Abb. 4 sichtbar gemachten Verhältnisse stehen damit völlig in Einklang: Wenn wir die nach fallender Häufigkeit der Ja-Stimmen bei der 1. Untersuchung in drei gleich große Gruppen (Abb. 4- a,b,c) einteilen, so fällt auf, daß - unter Außerachtlassung der neutralen Wörter- in der Gruppe a mit den meisten Ja-Stimmen nur positiv getönte Eigenschaftswörter, in der Gruppe c mit den wenigsten Ja-Stimmen nur negativ getönte und in der mittleren Gruppe b beide Arten vorkommen. Wir möchten diesen Tatbestand allerdings nicht als charakteristisch für unser Kollektiv betrachten; wichtiger ist die Tatsache, daß die Anzahl der Ja-Stimmen in Gruppe a von den Ergebnissen der Zweituntersuchung zumeist unter- und in Gruppe c vielfach überschritten wird. Die signifikante Verschlechterung bei den in Tab. 2 aufgeführten Eigenschaftswörtern, bei dem Befindlichkeitsindex und bei der Zahl der bejahten positiven Adjektive (s.Tab. 3) zeigt sich somit rein optisch auch als allgemeine Tendenz bei der Eigenschaftswörterliste in ihrer Gesamtheit.

Gemessenes Merkmal	Mittelwert		Standardabw. (-)		Minimalwert		Maximalwert		t	p
	1	2	1	2	1	2	1	2		
Befindlichkeitsindex	29,2	19,7	18,1	25,3	-18,0	-33,0	59,0	55,0	2,2	< 5%
Gesamtzahl der bejahten Adjektive	57,5	53,1	8,4	15,2	37,0	6,0	77,0	77,0	1,6	n.s.
Gesamtzahl der verneinten Adjektive	56,6	60,9	8,6	15,2	37,0	37,0	77,0	108,0	1,5	n.s.
Bejahte positive Adjektive	41,5	35,0	9,3	14,6	20,0	3,0	55,0	55,0	2,7	< 5%
Bejahte negative Adjektive	12,5	15,3	9,3	14,3	0,0	0,0	32,0	48,0	1,1	n.s.
Bejahte neutrale Adjektive	3,6	2,8	2,1	2,2	0,0	0,0	8,0	8,0	1,5	n.s.

Tab.3. Ergebnisse der Untersuchung mit der Eigenschaftswörterliste und des t-Tests für verbundene Stichproben. Die Zahlen über den Spalten bezeichnen 1. und 2. Befunderhebung. n.s.= nicht signifikant.

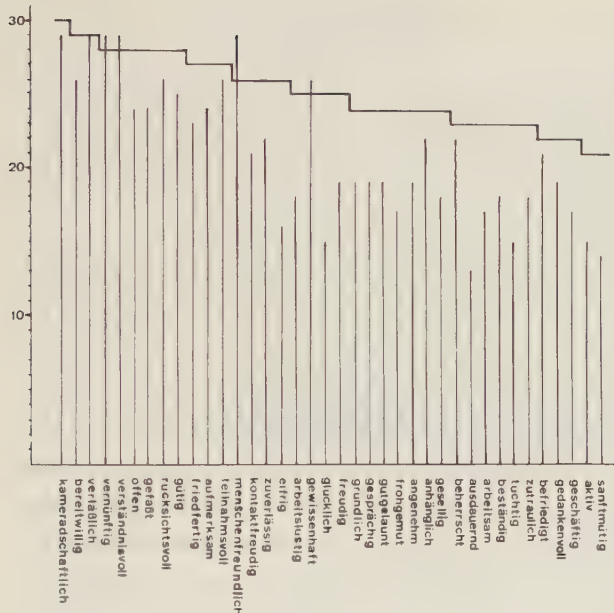
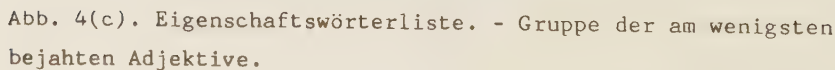


Abb. 4 (a). Graphische Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung des Kollektivs mit der Eigenschaftswörterliste. Ordinate: Zahl der Ja-Stimmen. Abszisse: Eigenschaftswörter in fallender Häufigkeit der Ja-Stimmen bei der Erstuntersuchung. Treppenartig abfallende Kurve: 1. Befunderhebung. Eingezeichnete Strecken: 2. Befunderhebung. - Gruppe der am häufigsten bejahten Adjektive. (Näheres siehe im Text!)



Das Polaritätenprofil

Die Ergebnisse der Untersuchungen mit dem Polaritätenprofil werteten wir unter zwei Aspekten aus: einem inhaltlichen und einem formalen. Dies war schon deshalb notwendig, weil einige Profile gar keine ernst zu nehmenden Zuordnungen enthielten. So gab es Patienten, die entweder vorwiegend oder ausschließlich in Spalte 4 ankreuzten, was immerhin nicht ausschloß, daß sie tatsächlich mit Überlegung jegliche Assoziation der Reizwörter mit den Polaritäten ablehnten. Evident war die inhaltliche Unbrauchbarkeit jedoch beispielsweise im Falle einer 36 jährigen Patientin, deren noch nicht ausgeheilte Psychose nach der Entlassung wieder exazerbiert war und die bei der Nachuntersuchung in gereizt manischer Stimmung bei Angst ausschließlich unter 3 und bei Einsamkeit unter 2 ankreuzte. Eine 25 jährige Frau, die bei der zweiten Untersuchung einen sehr niedrigen Befindlichkeitsindex hatte und einige Tage später durch Selbsttötung endete, schien bei Angst ihre Kreuze noch mit Überlegung zu setzen, wurde jedoch während der Untersuchung zunehmend dysphorisch und kreuzte bei Einsamkeit alternierend 3 und 5 an. Zu erwähnen ist noch ein Patient, der anfangs wie verlangt die Polaritäten mit den Reizwörtern assoziierte, dann aber bei traurig - froh plötzlich sagte: "Oh ja, traurig, das bin ich allerdings!" und dementsprechend sein Kreuz plazierte. Die Mehrzahl der Untersuchten ließ indessen erkennen, daß sie die Aufgabe verstanden hatten und sie nach bestem Können zu lösen versuchten. Aber auch bei diesen fiel als formales Merkmal vielfach eine gewisse Eintönigkeit auf, vor allem bei der zweiten Untersuchung, indem die Zuordnungen jeweils in ganz bestimmten Spalten, etwa 2 und 6, erfolgten und von der Möglichkeit einer weitergehenden Nuancierung kein Gebrauch gemacht wurde, oder auch, indem maximale Zuordnungen nach Möglichkeit

vermieden wurden. Diese für eine Beurteilung der Befindlichkeit der Untersuchten sehr aufschlußreichen formalen Merkmale (Stereotypien, Eintönigkeit oder Differenziertheit, Vermeidung oder Bevorzugung maximaler Zuordnungen) glaubten wir in etwa durch die Zahl der Kreuze in den sieben Spalten und durch die Differenz zwischen der geringsten (einschließlich 0) und der größten dieser Zahlen erfassen zu können; im Folgenden wird diese Differenz als "größter Punktunterschied" bezeichnet. Wenn man die Polaritäten der 1. und 2. Untersuchung miteinander korreliert (siehe Tab.4) so besteht sowohl bei Angst als auch bei Einsamkeit eine statistisch signifikante oder auffällige Ähnlichkeit bei 13 Personen. Obwohl auch erhebliche Unähnlichkeiten vorkommen, gleicht sich dieses innerhalb des Kollektivs wieder aus, sodaß - was schon der optische Eindruck erwarten läßt - die durchschnittlichen Polaritätenprofile (siehe Abb. 5 und 6) miteinander signifikant korrelieren, bei Angst ($r=0,89$) noch mehr als bei Einsamkeit ($r=0,78$). Da trotz der Gesamtähnlichkeit des Verlaufs der Profile signifikante Abweichungen in der Höhe einzelner Polaritäten denkbar gewesen wären, wurden noch sämtliche durchschnittliche Zuordnungen mit dem t-Test für verbundene Stichproben untersucht, wobei sich nirgendwo signifikante Unterschiede ergaben. Vom Inhaltlichen her boten die Polaritätenprofile also keine Möglichkeit zwischen der psychischen Situation bei der Entlassung und 8 Wochen später zu differenzieren, zumal ja auch mehrere inhaltlich unbrauchbare Polaritätenprofile in das Gesamtergebnis mit eingingen. Ganz anders steht es mit den formalen Gegebenheiten. Tab. 5 zeigt mehrere bedeutungsvolle Unterschiede bei der durchschnittlichen Zahl der Kreuze in den einzelnen Spalten. Besonders hervorzuheben ist die Abnahme der Kreuze in den Spalten 1 und 7, die in diesem Zusammenhang besonders interessierten, wobei Einsamkeit noch deutlicher zwischen 1. und 2. Untersuchung unterscheidet als

Angst. Dies resultiert auch aus einer entsprechenden Untersuchung nach Zusammenfassung der extremen Spalten 1 und 7; für Einsamkeit ergab sich dabei eine signifikante Abnahme mit $P 1\%$, für Angst mit $P 5\%$, für Angst und Einsamkeit zusammenge-
nommen mit $P 5\%$.

Nummer der Versuchsperson	Angst r	Einseitigkeit r
1	<u>0,60</u>	<u>0,46</u>
2	<u>0,82</u>	<u>0,27</u>
3	<u>0,28</u>	<u>0,29</u>
4	<u>0,70</u>	<u>0,52</u>
5	<u>0,79</u>	<u>0,73</u>
6	<u>0,34</u>	<u>0,26</u>
7	0,22	0,30
8	0,14	0,48
9	0,09	-0,05
10	0,32	<u>0,59</u>
11	0,04	<u>0,34</u>
12	<u>0,60</u>	<u>0,72</u>
13	<u>0,00</u>	-0,15
14	<u>0,65</u>	0,38
15	<u>0,18</u>	0,39
16	<u>0,49</u>	<u>0,72</u>
17	<u>0,81</u>	<u>0,86</u>
18	<u>0,12</u>	<u>0,02</u>
19	<u>0,64</u>	<u>0,48</u>
20	<u>0,44</u>	<u>0,50</u>
21	0,29	<u>0,45</u>
22	<u>0,52</u>	<u>0,27</u>
23	- -	- -
24	-0,28	- -
25	<u>0,46</u>	<u>0,65</u>
26	-0,30	- -
27	-0,17	-0,26
28	- -	- -
29	-0,34	0,32
30	<u>0,62</u>	<u>0,47</u>
durchschnittl.	<u>0,89</u>	<u>0,78</u>
Pol. profil		

Tab. 4. Korrelationskoeffizienten (r) der Ähnlichkeit der Polaritätenprofile, die bei der ersten Untersuchung gewonnen wurden, mit denen der Zweituntersuchung. Einfach unterstrichen: statistisch auffällig. Doppelt unterstrichen: statistisch signifikant.

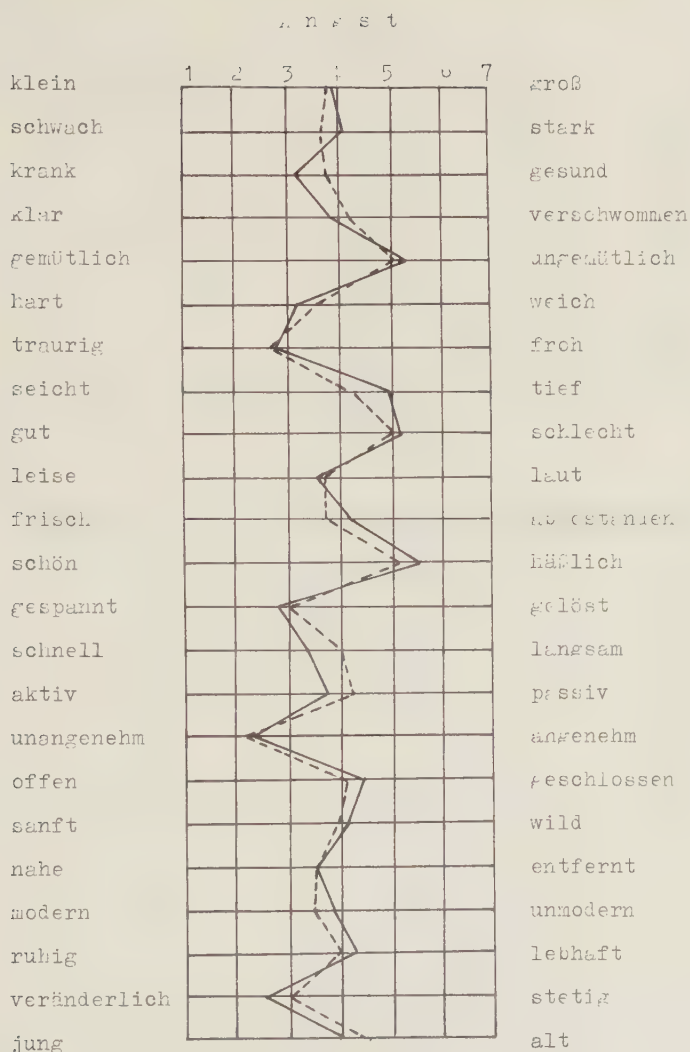


Abb. 5. Durchschnittliches Polaritätenprofil mit Angst.
 Ausgezogene Linie: 1. Untersuchung.
 Gestrichelte Linie: 2. Untersuchung.

Einsamkeit

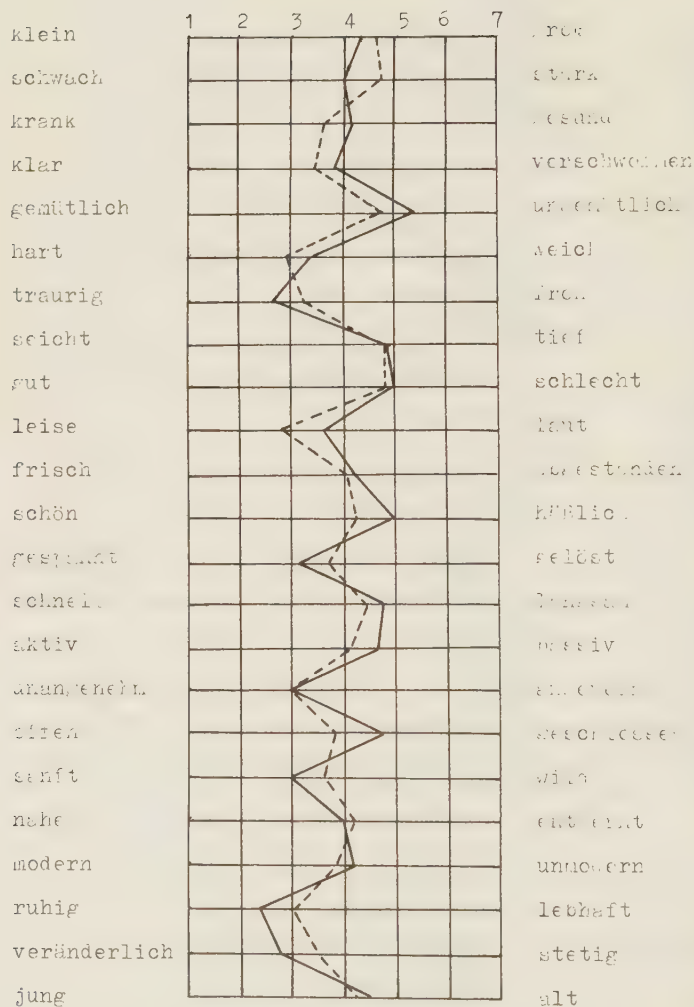


Abb. 6. Durchschnittliches Polaritätsprofil mit Einsamkeit. Ausserogene Linie: 1. Untersuchung. Gestrichelte Linie: 2. Untersuchung.

A n g s t

Skalenpunkt des Polaritätenprofils	Mittelwert		t	P
	1	2		
1	5,0	3,2	1,7	n.s.
2	1,3	2,1	0,0	n.s.
3	1,3	3,1	2,1	< 5%
4	8,6	7,3	0,9	n.s.
5	1,3	2,2	1,9	n.s.
6	1,6	2,6	1,5	n.s.
7	4,0	2,5	2,3	< 5%
größter Punktunterschied	10,3	10,7	0,4	n.s.

E i n s a m k e i t

1	4,4	2,6	2,3	< 5%
2	1,3	3,4	2,1	< 5%
3	1,8	2,8	1,6	n.s.
4	8,3	6,7	1,1	n.s.
5	1,4	2,5	3,8	< 0,1%
6	1,5	2,8	3,3	< 1%
7	4,3	2,2	3,2	< 1%
größter Punktunterschied	10,4	10,8	0,3	n.s.

Tab.5. Ergebnisse der Untersuchung mit dem Polaritätenprofil unter formalen Gesichtspunkten (Zahl der Kreuze unter jedem Skalenpunkt des Polaritätenprofils) und des t-Tests für verbundene Stichproben. Die Zahlen über den Spalten bezeichnen 1. und 2. Befunderhebung. n.s.= nicht signifikant.

Zusammenhänge zwischen den erhobenen Befunden

In Tab. 6 sind die Befunde auf intellektuellem Gebiet (Handlungsteil des HAWIE), in Tab. 7 diejenigen auf affektiv-emotionalem (EWL, Polaritätenprofil, psychopathologischer Erhebungsbogen) jeweils untereinander korreliert. Tab. 8 gibt die Beziehungen zwischen diesen beiden Gruppen wieder. In Tab. 9 sind soziale und anamnestische Befunde einerseits mit solchen auf intellektuellem und affektiv-emotionalem andererseits korreliert. Korrelationskoeffizienten unterhalb der statistischen Auffälligkeit sind nicht aufgeführt; die statistisch signifikanten Werte sind durch Unterstreichung kenntlich gemacht. Unter der großen Zahl von insgesamt 230 auffälligen bzw. signifikanten Korrelationskoeffizienten sind nach der auf der Basis der Gesamtzahl der erstellten Korrelationen berechneten Zufallserwartung 16 bis 17 auf dem 1%-signifikante resp. ca. 85 auf dem 5%-Niveau signifikante als zufällig anzusehen. Im Wesentlichen sollen hier nur die auf dem 1%-Niveau signifikanten Korrelationskoeffizienten interpretiert werden, soweit es sich nicht um banale Zusammenhänge handelt.

Ausserdem wurde noch mit dem χ^2 -Test der Einfluß folgender Merkmale aus dem sozialen und anamnestischen Bereich auf die Veränderung des Befindlichkeitsindex geprüft:

die Existenz von Halbgeschwistern,

Belastung der familiären Situation vor dem 20. Geburtstag durch Trennung oder Tod der Eltern bzw. eines Elternteils,

die religiös-weltanschauliche Bindung,

das Mitkommen in der Schule,

die Stellungnahme zum Beruf,

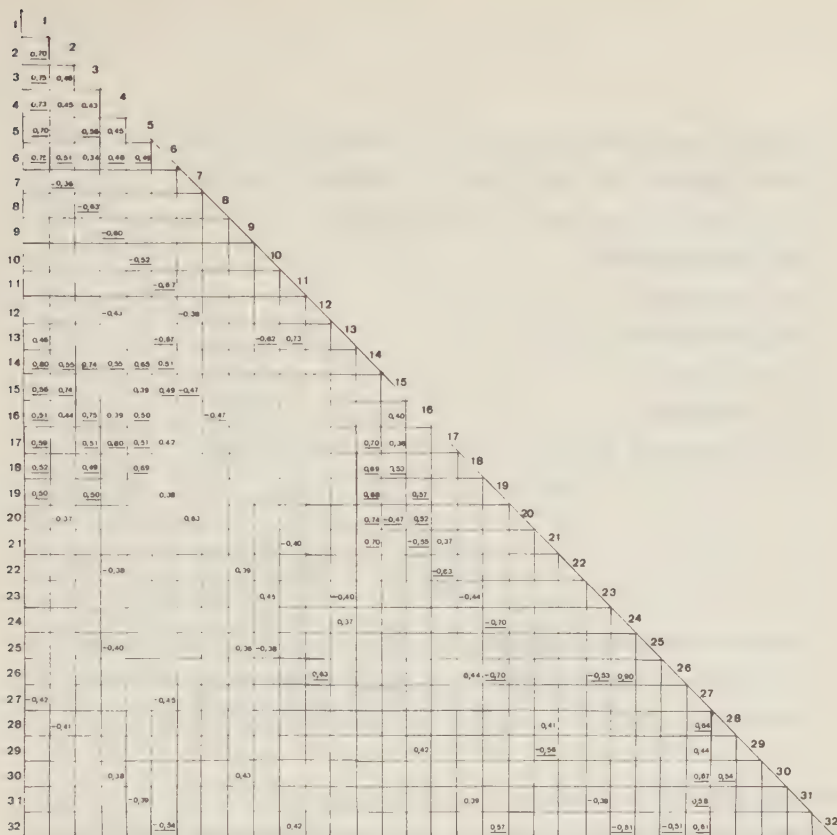
die Häufigkeit des Stellenwechsels im Beruf,
die soziale Einordnung,
die personelle Zusammensetzung des Haushalts,
die Finanzierung des Haushalts,
die Qualität der Wohnung,
die Art des Wohnens hinsichtlich Miete, Pacht, Untermiete,
Eigentum,
prämorbidie Persönlichkeitszüge und Auffälligkeiten,
Verlaufsform früherer Erkrankungen.

In keinem Fall lag P unterhalb 5%, d.h., ein signifikanter Einfluß der genannten Faktoren auf die Veränderung der subjektiven Befindlichkeit zwischen Entlassung und Nachuntersuchung ließ sich nicht nachweisen.

Unter den vielen Zusammenhängen waren für uns die folgenden von besonderer Bedeutung:

der positive Zusammenhang der Befindlichkeitsveränderung mit der Veränderung des Handlungs-IQ,
die positive Korrelation zwischen der Verschlechterung des Befindlichkeitsindex und der Abnahme der Kreuze in den extremen Spalten beim Polaritätenprofil,
die positive Korrelation zwischen dem Befindlichkeitsindex und der aufgrund der AMP-Befunde vermuteten subjektiven Befindlichkeit,
die positive Korrelation zwischen der Abnahme der Kreuze in den extremen Spalten beim Polaritätenprofil und der Zunahme des größten Punktunterschiedes,
der positive Einfluß einer großen Wohngemeinschaft auf die Besserung des Befindlichkeitsindex.

Die Korrelationsrechnungen lassen die einzelnen Untertests des Handlungsteils des HAWIE in verschiedener Bedeutung hervortreten. So erweisen sich Zahlensymboltest und Bilderergänzen als am stärksten beeinflussbar durch den Befindlichkeitsindex; dies würde dafür sprechen, daß in unserem Kollektiv Umstellungsfähigkeit und die Fähigkeit, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden, gegenüber Stimmungsfaktoren am anfälligsten sind. Die genannten Fähigkeiten dürften jedoch gerade diejenigen sein, die bei der postremissiven Wiedereingliederung in die ausserklinische Umwelt in besonderem Maße beansprucht werden. Ferner sind ZS und BE diejenigen Subtests, die am höchsten mit der Schulbildung korrelieren. Schließlich sei noch vermerkt, daß die Korrelation mit dem Gesamt-Handlungs-IQ beim Bilderordnen und Figurenlegen am höchsten ist; diese beiden Tests erweisen sich bei den Korrelationsrechnungen nebst dem Mosaiktest als nicht signifikant beeinflussbar durch die subjektive Befindlichkeit.

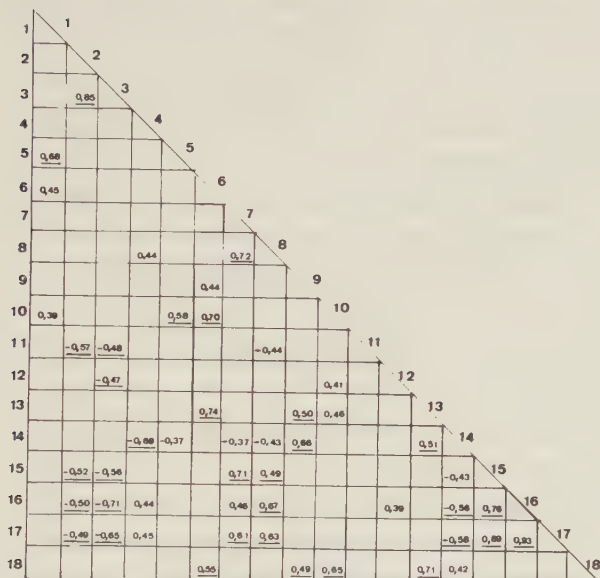


Tab. 6. Alle über dem 5 % Niveau signifikanten Korrelationen der Befunde auf intellektuellem Gebiet (Handlungsteil des HAWIE) untereinander. — = $P < 0,01$

Zahlenschlüssel:

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 1 | Handlungs-IQ bei der 1. Untersuchung | | |
| 2 | Zahlensymboltest | " | |
| 3 | Bilderordnen | " | |
| 4 | Bilderergänzen | " | |
| 5 | Mosaiktest | " | |
| 6 | Figurenlegen | " | |
| 7 | Leistungsrang (1 hier am besten, 2 dazwischen, 3 hier am schlechtesten) beim ZS bei der 1. Untersuchung | | |
| 8 | " | BO | " |
| 9 | " | BE | " |
| 10 | " | MT | " |
| 11 | " | FL | " |

- 12 größte Wertpunktdifferenz zw. Subtests bei der 1. Unters.
13 im MT besser als im FL um ... Punkte bei der "
- 14 Handlungs-IQ bei der 2. Untersuchung
15 Zahlensymboltest "
16 Bilderordnen "
17 Bilderergänzen "
18 Mosaiktest "
19 Figurenlegen "
- 20 Leistungsrang im ZS bei der 2. Untersuchung
21 " BO "
22 " BE "
23 " MT "
24 " FL "
- 25 größte Wertpunktdifferenz zw. Subtests bei der 2. Unters.
26 im MT besser als im FL um ... Punkte bei der "
27 IQ-Verbesserung zw. 1. und 2. Untersuchung
28 ZS "
29 BO "
30 BE "
31 MT "
32 FL "



Tab. 7. Alle über dem 5 % Niveau signifikanten Korrelationen der Befunde auf affektiv-emotionalem Gebiet (EWL, Polaritätenprofil, psychopathologischer Erhebungsbogen) untereinander.

$\alpha = P < 0,01$

Zahlenschlüssel:

- 1 Befindlichkeitsindex bei der 1. Untersuchung
- 2 größter Punktunterschied b. Pol.profil Angst b.d.l. Unters.
- 3 " " Einsamkeit "
- 4 Zahl der Kreuze in den extr. Spalten bei Angst und Einsamkeit bei der 1. Untersuchung
- 5 subjektive Befindlichkeit nach dem AMP System b.d.l. Unters.
- 6 Befindlichkeitsindex bei der 2. Untersuchung
- 7 größter Punktunterschied b.Pol.profil Angst b.d. 2. Unters.
- 8 " " Einsamkeit "
- 9 Zahl der Kreuze in den extr. Spalten bei Angst und Einsamkeit bei der 2. Untersuchung

- 10 subjektive Befindlichkeit nach dem AMP System b.d. 2.Unters.
- 11 Ähnlichkeit zw. den Polaritätenprofilen der 1. und 2.
Untersuchung bei Angst
- 12 Ähnlichkeit zw. den Polaritätenprofilen der 1. und 2.
Untersuchung bei Einsamkeit
- 13 Besserung des Befindlichkeitsindex von 1. zu 2. Untersuchung
- 14 Vermehrung der Kreuze in den extremen Spalten bei den
Polaritätenprofilen von Angst und Einsamkeit von 1. zu
2. Unters.
- 15 Vergrößerung des größten Punktunterschiedes von 1. zu 2. Unt.
bei Angst
- 16 Vergrößerung des größten Punktunterschiedes von 1. zu 2.
Untersuchung bei Einsamkeit
- 17 Vergrößerung des größten Punktunterschiedes von 1. zu 2.
Untersuchung bei Angst und Einsamkeit zusammengekommen
- 18 Verbesserung der AMP Befindlichkeit von 1. zu 2. Untersuchung

	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	
1																																	
2																																	
3																																	
4	-0,31																																
5																																	
6																																	
7																																	
8	-0,36																																
9																																	
10																																	
11																																	
12																																	
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	

Tab. 8. Alle über dem 5 % Niveau signifikanten Korrelationen zwischen den Befunden auf affektiv-emotionalem Gebiet einerseits und denen auf intellektuellem Gebiet andererseits.

— = P 0,01

Zahlenschlüssel:

1-18 siehe Zahlenschlüssel zu Tab. 7!

19 Handlungs-IQ bei der 1. Untersuchung

20 Zahlensymboltest "

21 Bilderordnen "

22 Bilderergänzen "

23 Mosaiktest "

24 Figurenlegen "

25 Leistungsrang b.ZS "

26 " BO "

27 " BE "

28 " MT "

29 " FL "

30 größte Wertpunktdifferenz zw. Subtests bei der 1. Unters.

31 im MT besser als im FL

32	Handlungs-IQ bei der 2. Untersuchung	
33	Zahlensymboltest	"
34	Bilderordnen	"
35	Bilderergänzen	"
36	Mosaiktest	"
37	Figurenlegen	"
38	Leistungsrang b. ZS	"
39	"	BO "
40	"	BE "
41	"	MT "
42	"	FL "
43	größte Wertpunktdifferenz zw. Subtests bei der 2. Unters.	
44	im MT besser als im FL	
45	IQ-Verbesserung von 1. zu 2. Untersuchung	
46	ZS	"
47	BO	"
48	BE	"
49	MT	"
50	FL	"

- 17 BO-Verbesserung von 1. zu 2. Untersuchung
- 18 BE "
- 19 MT "
- 20 FL "
- 21 Besserung des Befindlichkeitsindex von 1. zu 2. Untersuchung
- 22 Vermehrung der Kreuze in den extremen Spalten b. den
Pol.profilen von Angst und Einsamkeit von 1. zu 2. Unters.
- 23 Vergrößerung des größten Punktunterschiedes bei Angst und
Einsamkeit von 1. zu 2. Untersuchung
- 24 Befindlichkeitsindex bei der 1. Untersuchung
- 25 Handlungs-IQ "
- 26 Zahlensymboltest "
- 27 Bilderordnen "
- 28 Bilderergänzen "
- 29 Mosaiktest "
- 30 Figurenlegen "
- 31 Leistungsrang b. ZS "
- 32 " BO "
- 33 " BE "
- 34 " MT "
- 35 " FL "
- 36 größte Wertp.diff. zw.Subt. "
- 37 im MT besser als im FL "
- 38 Leistungsrang b. ZS bei der 2. Untersuchung
- 39 " BO "
- 40 " BE "
- 41 " MT "
- 42 " FL "
- 43 gr. Wertp.diff.zw. Subt. "
- 44 im MT besser als im FL "
- 45 Ähnlichkeit zw. dem 1. und 2. Pol.profil bei Angst
- 46 " Einsamkeit
- 47 Verbesserung der AMP Befindlichkeit von 1. zu 2. Unters.
- 48 Zahl der Kreuze in den extremen Spalten bei den Pol.profilen
von Angst und Einsamkeit bei der 1. Untersuchung

Diskussion

Beim Sichten der Ergebnisse geben uns die Eintragungen auf den Erhebungsbögen des AMP-Systems und die Resultate des HAWIE als einer geeichten Untersuchungsmethode einen unmittelbaren Aufschluß über unsere Patienten und lassen auch einen Vergleich mit der psychischen Norm zu, während EWL und Polaritätenprofil ihre Aussage eher indirekt im Zusammenhang mit den anderen Ergebnissen und im Vergleich zwischen erster und zweiter Befunderhebung machen; durch sie ist eine Standortbestimmung des jeweiligen Untersuchten nur innerhalb des Kollektivs möglich.

Mit Hilfe des AMP-Systems läßt sich die sehr wichtige Tatsache registrieren, daß die Patienten mit wenigen Ausnahmen erst dann entlassen wurden, wenn keine produktiven Symptome mehr nachweisbar waren, was gemeinhin als Kriterium für die abgeschlossene Remission der akuten Psychose angesehen wird. Es ist daher berechtigt, die durch unsere Untersuchungen aufgezeigten Normabweichungen als postremissiv zu bezeichnen. Wie die AMP-Befunde weiterhin deutlich machen, ist dieses postremissive Bild im wesentlichen durch affektiv-emotionale und psychomotorische Störungen gekennzeichnet.

Es wurde versucht, die vom Untersuchten erlebbare Seite dieser letztgenannten Störungen durch den Befindlichkeitsindex zahlenmäßig auszudrücken. Wir sind uns darüber im klaren, daß diese Größe nur ein ungefähres Maß für die tatsächliche subjektive Befindlichkeit darstellen kann, da die EWL in dieser Form, die dem Probanden eine Alternativentscheidung zwischen "zutreffend" und "nicht zutreffend" aufnötigt, unberücksichtigt läßt, mit welcher Intensität ein Eigenschaftswort bejaht oder verneint wird. Ferner ist nicht sicher, ob die positive oder negative Gefühlstönung, die mehrere Beurteiler nach einem Konsensus mit

den einzelnen Eigenschaftswörtern verbanden, auch für die untersuchten Personen gilt. Ausgegangen wurde bei der Einteilung in die 3 Gruppen, positiv, negativ, neutral, von dem allgemeinen Sprachverständnis, von dem man nach dem Abklingen florider Symptome erwarten darf, daß es von den schizophränen gewesen wieder mit psychisch normalen Menschen geteilt wird, soweit das in der Psychose nicht der Fall war. Schließlich sei noch gefragt, ob die Probanden tatsächlich das bejahten oder verneinten, was sie bejahen oder verneinen wollten, oder, ob nicht durch einschneidende Negativismen oder anderweitige seelische Störungen und intellektuelles Unvermögen die Kreuze zum Teil falsch platziert wurden. Hier aber mündet die Kritik an der Brauchbarkeit der EWL in die allgemeine Frage, ob psychologische Tests schlechthin das messen, was sie messen sollen. Daß der Befindlichkeitsindex offensichtlich doch eine verwertbare Größe ist, die den tatsächlichen Verhältnissen gerecht wird, ergibt sich aus seinem Kontext mit den übrigen Testergebnissen. Die "subjektive AMP-Befindlichkeit", der als Zahl ausgedrückte Schluß von der objektiven auf die subjektive Befindlichkeit ist sozusagen die Probe auf die Richtigkeit des durch die EWL ermittelten Befindlichkeitsindex; es konnte gezeigt werden, daß beide Größen signifikant miteinander korrelieren. Einschränkend sei noch gesagt, daß die Grenze zwischen objektiv und subjektiv insofern nicht ganz scharf ist, als einerseits die auf dem AMP-Bogen registrierten Merkmale sich zum Teil aus einer Befragung der Patienten ergaben, andererseits bei der EWL der Untersucher am Zustandekommen des Befindlichkeitsindex durch die von ihm getroffene Einteilung in die drei Gruppen, positiv, negativ, neutral, beteiligt ist. Dennoch dürfte es sich bei den AMP-Befunden ganz überwiegend um eine Fremdbeurteilung und beim Befindlichkeitsindex um eine Selbstbeurteilung handeln.

Mit dem HAWIE bei Schizophrenen haben sich schon WECHSLER und im deutschsprachigen Raum auch WITTER und ROSKAMP beschäftigt. Die Ergebnisse der drei Autoren divergieren zum Teil beträchtlich, was wohl mit dem unterschiedlichen Krankengut zusammenhängt, an welchem die Untersuchungen vorgenommen wurden. Hier ist einmal der angelsächsische Schizophreniebegriff WECHSLERs in Rechnung zu stellen, der sich mit dem unseren nicht völlig deckt, bei den Untersuchungen WITTERs ist zu berücksichtigen, daß sie sich streng auf die Gruppe der sogenannten Defektschizophrenen beschränkten. Eine Bestätigung oder Widerlegung der Resultate der drei Autoren kann von unserer Arbeit schon deshalb nicht erwartet werden, da auch wir von einem nicht vergleichbaren Kollektiv ausgingen, nämlich von solchen Patienten, deren schizophrene Psychose abgeklungen oder wenigstens im Abklingen war. Andererseits interessierte es uns zu wissen, inwieweit auch bei den von uns untersuchten Personen noch solche abnormen Befunde nachweisbar waren, die von WECHSLER, WITTER und ROSKAMP übereinstimmend bei ihren Kranken erhoben wurden und die wir daher als relativ typisch für Schizophrene ansehen dürfen. Übereinstimmung der drei Autoren herrscht in folgenden Punkten:

- 1.) Unterdurchschnittliches Gesamtergebnis,
- 2.) schlechtere Leistungen im Handlungsteil als im Verbalteil
(von WITTER als Abbauerscheinung gewertet),
- 3.) schlechte Leistungen im Bilderergänzen,
- 4.) hohe Intertestvariabilität.

Zu Punkt 2.) können wir nicht Stellung nehmen, weil wir auf den Verbalteil verzichteten; dies hatte seinen Grund in der Erwägung, daß die Untersuchten sich in den Stunden, die sie bis zur Entlassung noch auf der Station verbrachten, sich mit den noch zu Untersuchenden über den Test unterhalten und bei diesen

somit das Testergebnis beeinflussen könnten; in dieser Hinsicht schien uns jedoch der Handlungsteil relativ unbedenklich. Alle übrigen der obigen Befunde treffen auch auf unser Kollektiv zu, was wir mit aller Vorsicht als Indikator für noch immer vorhandene schizophrene Denkstörungen ansehen können, welche die floride Symptomatik überdauerten. Auch bei der zweiten Untersuchung ist die mittlere Intertestvariabilität abnorm hoch und wird im Bilderergänzen der schlechteste Durchschnittswert aller Untertests erzielt, während der mittlere Handlungs-IQ in den unteren Bereich der Norm aufrückt. Dieser Anstieg um 3,4 Punkte ist schwer zu interpretieren. Wenn man davon ausgeht, daß bei Normalen der Lerneffekt erfahrungsgemäß mit 5 Punkten veranschlagt wird, wäre der mittlere Handlungs-IQ unseres Kollektivs bei der zweiten Untersuchung sogar eher als Verschlechterung anzusehen. Die Verhältnisse sind jedoch komplizierter; die Untersuchungen COHENs und anderer ergaben eine wesentlich stärkere Abhängigkeit des Leistungsverhaltens Schizophrener von der unmittelbar gegebenen Testsituation mit ihren peristatischen Faktoren als von länger zurückliegenden Erlebnisspeicherungen. Wir können daraus folgern, daß während der floriden Psychose bei Schizophrenen in einer Retestsituation kaum mit einem Lerneffekt gerechnet werden kann. Wie erklärt sich also der Zuwachs von 3,4 Punkten? Wie bereits dargelegt wurde, korreliert die Besserung des Befindlichkeitsindex signifikant positiv mit der Besserung des Handlungs-IQ. Und hier besteht ja eine Gegenläufigkeit: obwohl sich der durchschnittliche Befindlichkeitsindex verschlechtert, bessert sich der durchschnittliche Handlungs-IQ. Es muß also neben der hemmenden Komponente der Stimmungverschlechterung auch noch eine fördernde Komponente geben, so daß wir den Anstieg des mittleren Handlungs-IQ als Resultante zwischen den beiden Kräften auffassen können. Es muß dahingestellt ble -

ben, inwieweit die fördernde Komponente ihren Ursprung in einem bei ausklingender Psychose sich evtl. wiedereinstellenden Lerneffekt oder in einem tatsächlichen Leistungsanstieg durch den weiteren Rückgang schizophrener Denkstörungen hat. Dies könnte durch einen inzwischen entwickelten Paralleltest zum HAWIE, nämlich den ZÜWIE (Zürich-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene) geklärt werden, der uns zum Zeitpunkt unserer Untersuchungen leider nicht zur Verfügung stand. Die sehr wichtige Frage, ob trotz Stimmungsverschlechterung nach der Konfrontation mit der ausserklinischen Realität die intellektuelle Leistungsfähigkeit sich bessert, könnte dadurch beantwortet werden.

Im Gegensatz zum HAWIE ist - wie bereits dargelegt wurde - das Polaritätenprofil keine Untersuchungsmethode, die einen Vergleich mit der psychischen Norm gestattet, jedenfalls nicht im Rahmen unserer Untersuchungen, wenn man von einigen durch ihre äussere Form sehr auffälligen Polaritätenprofilen absieht. Dazu hätte es einer entsprechenden normalen Kontrollgruppe bedurft. Daher war es uns auch nicht möglich, an die Befunde ADLERs anzuknüpfen, der mit dem Polaritätenprofil 25 Defektschizophrene untersuchte und die Ergebnisse mit denen einer normalen Kontrollgruppe verglich. Mit Hilfe von Korrelationsrechnung, Faktorenanalyse und Diskriminanzanalyse kam er zu folgenden Ergebnissen: die Urteile der Schizophrenen sind im Gesamtgefüge des Polaritätenprofils einheitlicher, nivellierter und dimensionsärmer als die der Kontrollgruppe; der Test kann unter bestimmten Voraussetzungen als Trenninstrument zwischen Schizophrenen und Nichtschizophrenen benutzt werden. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Untersuchungen ADLERs und unseren besteht darin, daß wir diejenigen Personen, die die Aufgabe nicht

entsprechend der Instruktion "lösten", nicht, wie ADLER dies getan hatte, von der Untersuchung ausschliessen. Es wurde bereits im Ergebnisteil dieser Arbeit ausführlich dargelegt, daß die Polaritätenprofile unter formalen Gesichtspunkten wesentlich aufschlußreicher waren als unter inhaltlichen, zumindest im Hinblick auf den Befindlichkeitsunterschied zwischen erster und zweiter Befunderhebung. Es besteht nämlich eine signifikante positive Abhängigkeit zwischen der Verschlechterung des Befindlichkeitsindex und der Verminderung der maximalen Zuordnungen. Dieser Rückzug der Kreuze aus den extremen Spalten 1 und 7 korreliert wiederum signifikant positiv mit der Vergrößerung des größten Punktunterschiedes. Wir dürfen daraus folgern, daß man aus dem Polaritätenprofil eine gewisse Zaghaftigkeit bei der Beurteilung von Zusammenhängen, eine Scheu vor eindeutiger Stellungnahme, die sich der Mehrzahl der Patienten nach der Entlassung bemächtigen, ablesen kann. Gleichzeitig werden die Profile gröber, undifferenzierter. Es fehlt offensichtlich der Wille oder die Kraft zur intellektuellen Bemühung, welche die Voraussetzung für eine weiterreichende Abstufung sein dürfte. BOPP, der 1955 ebenfalls Schizophrene mit dem Polaritätenprofil untersuchte, wies bereits auf äussere Merkmale hin, die bei seinem Kollektiv in verminderter Nuancierung und - gleichzeitig häufigerem Vorkommen extremer Beurteilung im Vergleich zu Normalen bestanden. Hier muss nun wieder auf die Besonderheit unseres Kollektivs verwiesen werden. Es darf angenommen werden, daß der Bevorzugung extremer Zuordnungen während der noch floriden Psychose ein anderer Stellenwert zukommt als im postremissiven Stadium. Während sie im ersten Fall als ein Krankheitssymptom angesehen werden kann, bringt sie im zweiten Fall einen gewissen emotionalen Schwung zum Ausdruck. In unseren Ergebnissen zeichnet sich dies ab: während bei der zweiten Untersuchung die Zahl der

Kreuze in den extremen Spalten mit einer größeren Nuancierung und einer verbesserten Stimmungslage einhergeht, besteht zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung mit noch geringerem zeitlichen Abstand zur durchgemachten Krankheit zwischen Zahl der Kreuze in den extremen Spalten und dem größten Punktunterschied ein signifikanter positiver Zusammenhang bei fehlender Beziehung zur Stimmung, jedoch bei signifikanter Abhängigkeit von der Intelligenz, indem der erste Handlungs-IQ negativ mit der Zahl der Kreuze in den extremen Spalten korreliert. In welchem Ausmaß sich ein Proband um eine differenzierte Zuordnung der Reizwörter zu den Polaritäten bemüht, läßt sich recht verläßlich durch den größten Punktunterschied ausdrücken, wenngleich natürlich theoretisch auch der Fall denkbar ist, daß ein Proband auf das Geratewohl seine Kreuze gleichmäßig über die ganze Skala verteilt und auf diese Weise einen sehr geringen größten Punktunterschied erzielt. Bei keinem unserer Patienten bestand jedoch der Verdacht auf ein solches Vorgehen. Es sei abschließend noch einmal die Aussagekraft der äusseren Gestalt des Polaritätenprofils unterstrichen. Diese wird offenbar durch die Korrelationsrechnung nicht erfaßt. Nur so ist es zu erklären, daß die Vermehrung des größten Punktunterschiedes bei Einsamkeit - wahrscheinlich per Zufall - signifikant mit der Ähnlichkeit zwischen erstem und zweitem Polaritätenprofil korreliert, was zunächst paradox anmutet, da ja die Polaritätenprofile demnach umso ähnlicher sind, je mehr sie sich in einer gewissen Eigenschaft unterscheiden.

Die Tatsache, daß bei dem Gros der von uns Untersuchten zum Zeitpunkt der Entlassung eine Einbuße sowohl auf intellektuellem als auch auf emotionalem Gebiet festzustellen ist, darf nicht dazu verleiten, kurzschlüssig hier sogleich einen "Defekt" anzunehmen

und diesen Gedanken womöglich mit dem der Irreversibilität zu verknüpfen. Gerade zum Thema Defekt ist ja die Kontroverse in der wissenschaftlichen Diskussion noch längst nicht abgeschlossen. Zu Recht weist WEITBRECHT darauf hin, daß die vielen üblichen Benennungen für die sogenannten Endzustände ein Zeichen dafür sind, wie wenig Sicheres man hierüber noch weiß. Seitdem Manfred BLEULER die Behauptung aufstellte, Schizophrenien würden, wenn sie nicht defektfrei ausheilen, stets zu Psychosyndromen führen, die sich gegenüber hirnorganischen Psychosyndromen scharf abgrenzen lassen, sind unsere bisherigen Kenntnisse um einige interessante Gesichtspunkte, so die Begriffe "dynamische Entleerung" (JANZARIK) und "Reduktion des energetischen Potentials" (CONRAD) bereichert worden. HUBER schließlich relativierte die Lehre M. BLEULERS, indem er bei schizophrenen Verläufen vorkommende Zustandsbilder beschrieb, denen nichts Schizophrenes mehr eignet, die sich durch "pure Asthenie" auszeichnen, die er als "die Essenz, den irreversiblen und relativ konstanten Anteil aller echten schizophrenen Defekt- und Residualsyndrome, etwas psychopathologisch Letztes und somit zu den primärsten Symptomen gehörig" wertete und daher als "reinen Defekt" bezeichnete. HUBER setzt diesen Begriff in Polarität zu dem der "reinen Psychose", also einem Zustandsbild mit ausschließlich produktiv-psychotischen Symptombildungen, dem nichts Defektuöses anhaftet, und stellt zwischen beide den "gemischten Defekt", bei welchem uncharakteristische Antriebsstörungen des reinen Residuums noch einzelne schizophrene Tönungen aufweisen. Nicht zuletzt aufgrund seiner pneumencephalographischen Untersuchungen an Schizophrenen läßt dieser Autor die Schranke der Wesensverschiedenheit zwischen dem reinen Defekt nach schizophrenen wie auch zyklischen Erkrankungen und den chronischen psychoorganischen Defektsyndromen weitgehend fallen.

Andererseits richtet sich gegenwärtig das Augenmerk bei den post-psychotischen Zuständen mehr als früher im Sinne einer Forderung von WEITBRECHT auf "die Sphäre des Extrapsychotischen, der noch vorhandenen oder wiedererweckbaren, Stellung nehmenden Selbstgestaltung des Patienten". WEITBRECHT stellt klar, daß der Schizophrene keineswegs ausschließlich und vor allem keineswegs in allen Stadien seiner Krankheit ein total und hilflos Umgewandelter ist, sondern durchaus streckenweise die Möglichkeit hat, sich zu sich selbst zu verhalten, nicht nur kontemplativ, sondern auch formend, korrigierend und ausgleichend. SCHULTE und TÖLLE sprechen im gleichen Sinne, wenn sie darauf hinweisen, daß die Regel vom fehlenden Krankheitsbewußtsein keineswegs ausnahmslos für alle Stadien der Schizophrenie zutrifft; sowohl im Beginn der Schizophrenie als auch im abklingenden Schub und nach der Remission könne wenigstens partiell und passager ein Krankheitsbewußtsein auftreten, bei dem diese Patienten besonders suicidgefährdet seien. Kritisch gehen SCHULTE und TÖLLE in diesem Zusammenhang auf den Begriff der "Heilung" ein und vertreten die Ansicht, daß eine restitutio ad integrum auch im günstigsten Falle zumindest insofern nicht erreicht werden könne, als die Schizophrenie in Leben und Erleben des Betroffenen weit tiefer eingreife als eine körperliche Krankheit und weil der Patient schon deswegen nach Überwindung und Auseinandersetzung mit der Psychose nicht der gleiche sein könne wie zuvor. Zu den eingangs genannten Überlegungen HEINRICHS zur Genese des post-remissiven Erschöpfungssyndroms (primär chronische Hypergie, Neuroleptieeffekt, Reaktion der vitalen Persönlichkeit auf das Widerfahrnis der psychotischen Daseinsentordnung, Einsicht des schizophrenen Gewesenen in die nosographischen und prognostischen Gegebenheiten der durchgemachten Erkrankung) steuern SCHULTE und TÖLLE noch den Gesichtspunkt bei, daß es sich beim schizophrenen Residualzustand wohl auch um das Ergebnis eines psycho-dynami-

schen Abwehrvorganges handele, bei dem das endgültige Sich-zurückziehen aus einem mehr oder weniger großen Bereich der Lebensrealität eine gewisse Entlastung von unbewältigten Konflikten bringe, die im Zusammenhang mit der Erkrankung entstanden seien.

Aber auch da, wo man nicht umhin kann, neben den anderen Faktoren tatsächliche defektuöse Komponenten bei einem postpsychotischen Bild, etwa im Sinne HUBERs, anzunehmen, ist man heute eher geneigt, den Charakter der Unwiderruflichkeit zu entschärfen. HUBER selbst betont, daß analog den Verhältnissen bei organischen Defektsyndromen auch der "reine Defekt" besserungsfähig und passager kompensierbar sei; das Sichtbild des reinen Defekts stelle in Wirklichkeit nicht anders als psychoorganische Defektsyndrome keinesfalls das Endergebnis somatischer Vorgänge dar, sondern das sehr komplexe Resultat verschiedenartiger Wirkfaktoren und sei weitgehend mitbedingt und gestaltet durch Konstitution, Ausgangsstruktur, Lebensgeschichte und "Krankheitserfahrung einer bestimmten Person" (WYRSCH). Was der Patient mit dem erhaltenen Restpotential anfangt, wie er sich damit einrichtet, die praktische Restitution sei in hohem Maße von der Mit- und Umwelt, von Sozio- und Psychotherapie im weitesten Sinne abhängig. Im Gleichklang mit SCHULTE und TOLLE, die eine allgemeine Abnahme schwererer Residualzustände gegenüber früheren Zeiten konstatieren und auf den Widerspruch zwischen klinischer Erfahrung und der vormals verbreiteten Annahme, Schizophrenie sei unheilbar, hinweisen, erinnert HUBER an den schon von MAIER-GROSS konstatierten "zweiten, positiven Knick" im mittleren und höheren Lebensalter, nach dem die Patienten wirklichkeitsnäher, umgänglich, natürlicher, interessierter, frischer erschienen als zuvor. Auch in den sehr detaillierten Verlaufsschilderungen JANZARIKS finden sich Hinweise auf bemerkenswerte Besserungen bis hin zur weit-

gehenden psychischen Unauffälligkeit - zumindest von aussen gesehen - bei Personen, die zuvor von den behandelnden Ärzten als "völlig verblödet" und im "Endzustand" befindlich beurteilt worden waren.

Die von uns bei 30 schizophrenen Patienten erhobenen Entlassungsbefunde bestätigen auch in Einzelheiten die von HEINRICH beschriebene phänomenologische Ausgestaltung des postremissiven Zustandsbildes. Den Nachweis zu führen, ob und inwieweit an seinem Zustandekommen unmittelbare Krankheitsauswirkungen, reaktive oder sonstige Vorgänge beteiligt sind, war nicht das eigentliche Ziel unserer Untersuchungen. Die Ergebnisse erlauben hierzu Vermutungen, aber keine sichere Aussage, wenngleich sich zum Beispiel in dem statistisch auffälligen positiven Zusammenhang zwischen großer Wohngemeinschaft und Besserung der subjektiven Befindlichkeit ein Hinweis auf die Beteiligung situativer Faktoren erblicken läßt. Um den von JANZARIK dem postremissiven Erschöpfungssyndrom zugesprochenen passageren Charakter zu bestätigen, war der Zeitpunkt der Nachuntersuchung wohl zu früh gewählt. Dennoch läßt sich auch schon nach 8 Wochen zeigen, daß die Verhältnisse in Bewegung geraten. Auffallend ist ja vor allem die Gegenläufigkeit von Besserung des intellektuellen Leistungsvermögens und Verschlechterung der subjektiven Stimmungslage, was den Gedanken nahelegt, daß die Remission hinsichtlich des Leistungsvermögens sich entgegen den beeinträchtigenden Faktoren einer vermutlich weitgehend reaktiven, durch negative Umweltfaktoren bedingten dysphorischen Verstimmung durchsetzt. Man könnte von daher die Annahme vertreten, daß die Psychose nicht nur in ihrem Beginn und auf der Höhe der Floridität ihrer Eigengesetzlichkeit folgt, sondern auch im Stadium des Ausklingens. Die Widersprüchlichkeit der sich im postremissiven Verlauf anbahnenden Entwicklungstendenzen mag als Entsprechung zu der von

HEINRICH unterstrichenen Heterogenität der Kausalzusammenhänge beim Entstehen des postremissiven Erschöpfungssyndroms betrachtet werden.

Zusammenfassung

In der Einleitung wird auf die Möglichkeit hingewiesen, daß die Befindlichkeit Psychose-Kranker bei der Entlassung durch die Orientierung am klinischen Alltag nicht immer realitätsgerecht, sondern eher zu gut beurteilt wird; in diesem Zusammenhang wird der von HEINRICH geprägte Begriff des postremissiven Erschöpfungssyndroms beleuchtet.

Anschließend werden die hier für die Erhebung eines ausführlichen Befundes angewandten Untersuchungen - Anamnese und psychischer Befund nach dem AMP-System, Eigenschaftswörterliste, Handlungsteil des HAWIE und Polaritätenprofil - erläutert und die benutzten statistischen Verfahren genannt. Im Ergebnisteil läßt sich an einem Kollektiv von 30 Patienten, die wegen einer Schizophrenie klinisch behandelt worden waren, zeigen, daß mit wenigen Ausnahmen alle Patienten bei der Entlassung frei von produktiven Symptomen waren, jedoch vielfach noch unter erheblichen Störungen auf dem Gebiet der Psychomotorik, der Emotionalität, des Gedächtnisses und des formalen Denkens zu leiden hatten. Der mittlere Handlungs-IQ lag bei der Entlassung knapp unterhalb der unteren Normgrenze, rückte jedoch bei der Kontrolle nach 8 Wochen in den unteren Normbereich, während die subjektive Befindlichkeit sich im Durchschnitt zwischen erster und zweiter Untersuchung verschlechterte. Das Polaritätenprofil erwies sich unter formalen Gesichtspunkten als aussagekräftiger in Bezug auf die Veränderung der Befindlichkeit als unter inhaltlichen. Zwischen den Resultaten der verschiedenen Untersuchungen bestehen signifikante Beziehungen. Die Diskussion setzt sich mit der Aussagekraft der erhobenen Befunde kritisch auseinander und stellt die Beziehung zu entsprechenden Ergebnissen aus der Literatur her.

Literaturverzeichnis

1. ADLER, M.: Untersuchungen über Urteilsformen Defekt-schizophrener. Inaugural-Dissertation, Mainz, 1966
2. ANGST, J.,BATTEGAY, R.,BENTE, D.,BERNER, P.,BROEREN, W., CORNU,F.,DICK, P.,ENGELMEIER, M.-P.,HEINEMANN, H., HEINRICH, K., HELMCHEN, H.,HIPPIUS, H.,POLDINGER, W., SCHMIDLIN, P.,SCHMITT, W.,WEIS, P.:
Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP).
Arzneimittelforschung 19, 399-405 (1969)
3. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 10. Aufl., Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960
4. BOPP, J.: A quantitative semantic analysis of word association in schizophrenia. Unpublished doctor's dissertation, Univ. of Illinois 1955
5. BUTLER, A.: Test - retest and split - half reliabilities of the Wechsler - Bellevue scales and subtests with mental defectives.
Amer.J.ment. Defic. 59, 80-84 (1954)
6. CONRAD, K.: Die beginnende Schizophrenie. Thieme, Stuttgart 1958
7. COHEN, R.: Beiträge experimentalpsychologischer Untersuchungen zur Frage der Situationsabhängigkeit schizophrener Störungen, in: Schizophrenie und Umwelt, Thieme, Stuttgart 1971
8. CRONBACH, L.J. and GLESSER, G.,C.: Assessing similarity between profiles. Psych. Bull. 50, 456 (1953)
9. DERNER, G. F.,ABORN, M., CANTER, A.H.: The reality of the Wechsler - Bellevue subtests and scales.
J. consult. Psychol. 14, 172-179 (1950)
- 10.HEINRICH, K.: Faktorenanalytische Untersuchungen zur Struktur psychiatrischer Merkmalszusammenhänge.
Sonderdr. aus: Arzneimittelforschung 16 (1966)
- 11.HEINRICH, K.: Der entlassene Anstaltspatient in der psychiatrischen Rehabilitation. Alma Mater, Konstanz 1967.
- 12.HEINRICH, K.: Die Bedeutung des postremissiven Erschöpfungs-Syndroms für die Rehabilitation Schizophrener. Der Nervenarzt 38, 487-491 (1967)

13. HEINRICH, K.: Zur psychischen Situation schizophrener Kranker in der psychiatrischen Rehabilitation. *Prax. Psychother.* 12, 154 (1967)
14. HEINRICH, K.: Zur Bedeutung des Depot-Neuroleptikums Fluphenazindecanoat für die Therapie schizophrener Psychosen. Sonderdr. aus: *Arzneimittelforschung* 19 (1969)
15. HEINRICH, K. und BAER, R.: Zur depot-neuroleptischen Therapie Schizophrener in der klinischen Ambulanz. Sonderdr. aus: *Neuroleptische Dauer- und Depottherapie in der Psychiatrie*, Schnetztor, Konstanz 1969
16. HOFSTÄTTER, P. R.: Gruppendynamik, Rowohlt, Hamburg 1957
17. HOFSTÄTTER, P.R.: Über Ähnlichkeit. *Psyche* 9, 54-80 (1955)
18. HOFSTÄTTER, P.R.: Zur Problematik der Profilmethode. *Diagnostica* 5, 19 (1959)
19. HUBER, G.: Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 8, 409-426 (1966)
20. JANKE, W.: Über die Verwendbarkeit von objektiv auswertbaren Fragebogen bei der Prüfung von Arzneimittelwirkungen. *Med. exp.* 5, 1969-175 (1961)
21. JANZARIK, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen, Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg 1959
22. JANZARIK, W.: Schizophrene Verläufe, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1968
23. KOLLER, S.: Neue graphische Tabellen zur Beurteilung statistischer Zahlen, 4. Aufl., Dr. Dietrich Steinkopff Verlag, Darmstadt 1969
24. MAYER-GROSS, W.: Die Schizophrenie. Die Klinik, in: *Handb. Geisteskrankh.* Hrsg. von BUMKE, Bd. 9, Berlin 1932
25. OSGOOD, C.E., SUCI, G.J., TANNENBAUM, P.H.: The measurement of meaning. Urbana 1957
26. OSGOOD, C.E.: The nature and measurement of meaning. *Psychol. Bull.* 49, 197-237 (1952)
27. RABIN, A.I.: Test constancy and variation in the mentally ill. *J. gen. Psychol.* 31, 231-239 (1944)

28. RABIN, A.I.: The use of the Wechsler-Bellevue scales with normal and abnormal persons. Psychol. Bull. 42, 410-422 (1945)
29. ROSKAMP, H. Schizophrene Denkstörungen im Hamburg-Wechsler-Test. Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie 10. Jahrg., 27-37 (1960)
30. SCHMITT, W.: Zum Problem der beruflichen Rehabilitation nach akuten Psychosen, in: Neuroleptische Dauer- und Depottherapie in der Psychiatrie, Schnetztor, Konstanz 1969
31. SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie, 9. Aufl., Thieme, Stuttgart 1971
32. SCHULTE, W., TÖLLE, R.: Psychiatrie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1971
33. STEISEL, I.M.: The relation between test and retest scores on the Wechsler-Bellevue scale (form 1) for selected college students. The Journal of Genetic Psychology 79, 155-162 (1951)
34. STEPHENSON, W.: Correlating persons instead of tests. Character and Personality 4, 17 (1935)
35. STEPHENSON, W.: Some observation on Q-technique and its methodology. Psych. Bull. 49, 483 (1952)
36. WECHSLER, D.: Die Messung der Intelligenz Erwachsener, 3. Aufl., Huber, Bern und Stuttgart 1964
37. WEITBRECHT, H.J.: Psychiatrie im Grundriß, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1968
38. WITTER, H.: Psychometrische Untersuchungen bei schizophrenen Defektzuständen. Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie 200, 639-652 (1960)
39. WYRSCH, J.: Die Person des Schizophrenen. Studie zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise. Bern 1949
40. v. ZERSSEN, D., KOELLER, D.-M., REY, E.-B.: Die Befindlichkeits-Skala (B-S) - ein einfaches Instrument zur Objektivierung von Befindlichkeitsstörungen, insbesondere im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen. Arzneimittelforschung, 20, 913-918 (1970)

Herrn Professor Dr. med. H e i n r i c h danke ich aufrichtig für die Überlassung des Themas und seine stete Bereitschaft, mich bei der Durchführung der Untersuchungen zu unterstützen.

Mein besonderer Dank gilt weiterhin Frau Dr. med. Dr. phil. N e t t e r, die mir bei allen statistischen Fragen ihre freundliche Hilfe zuteil werden ließ.

Herrn Dipl. Psychologen R u m p f verdanke ich wertvolle Ratschläge und Hinweise beim Quellenstudium.

Lebenslauf

Am 1.6.1935 wurde ich als Sohn des Reformhausbesitzers Hermann Croy und seiner Ehefrau Elise, geb. Hartfuß, in Frankfurt/M. geboren. Nach 5 jährigem Grundschulbesuch wurde ich im Herbst 1946 in das Leibniz-Realgymnasium in Frankfurt/M.-Höchst aufgenommen und legte dort an Ostern 1956 die Reifeprüfung ab. Nach einem Semester (SS 1956) an der Philosophischen Fakultät der Johann Wolfgang von Goethe-Universität in Frankfurt/M. wechselte ich zur Medizin über und bestand nach dem Sommersemester 1959 die Ärztliche Vorprüfung. Den klinischen Teil meines Studiums absolvierte ich in Frankfurt/M. (WS 1959/60), Genf (SS 1960, WS 1960/61) und Mainz, wo ich am 23.1.1964 das Staatsexamen ablegte, nachdem ich zuvor in Samaden (Schweiz) und in Berlin famuliert hatte. Als Medizinalassistent arbeitete ich zunächst in der II. Med. Universitätsklinik in Mainz und anschließend in folgenden Berliner Krankenanstalten: Städt. Frauenklinik Charlottenburg, Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Städt. Krankenhaus am Kreuzberg. Die restlichen Monate meiner Medizinalassistentenzeit, die mehrmals durch vorübergehende Tätigkeit im väterlichen Geschäft unterbrochen werden mußte, leistete ich in der Neuro-Psychiatrischen Klinik in Mainz ab, woran sich mit der Approbation im Herbst 1967 meine Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent an der vorgenannten Klinik anschloß, die ich noch jetzt ausübe. 1968 habe ich geheiratet. Nach Abschluß des Promotionsverfahrens werde ich die Facharztanerkennung als Nervenarzt beantragen.

